



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학박사학위논문

한국 사회의 건강권 개념 분석

The Conception of the Right to Health in Korean Context

2017년 8월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리전공

손 정 인

국 문 초 록

건강권은 인권 형식을 통해 건강 가치를 추구함으로써 건강에 기여한다. 그럼에도 한국 사회의 건강권에 대한 관심과 논의는 미미하다. 이것은 건강권 비판 주장에 대한 합당한 해명이 부족하고 건강권의 핵심적 존재의의로서 인간 존엄, 권력의 재조정, 의무와 책무성 기제에 대한 고찰이 부족한 한국의 현실과 관련이 있다. 또한 건강권에서의 3중의 난해성, 즉 건강의 난해성, 인권의 난해성, 건강을 인권으로 간주하는 난해성 과도 무관치 않다. 이러한 문제를 극복하기 위해서는 건강권은 단일 요소나 차원에서 이해할 수 없고 건강권의 요소, 건강권과 타인권의 관계, 건강권 개념 평가기준(건강권의 핵심적 존재의의, 국제법상의 건강권 개념)이라는 다차원에서 접근해야 한다. 세 부분으로 구성된 분석 틀을 기반으로 한국 사회의 기존 건강권 개념을 분석함으로써 건강권에 대한 관심과 논의를 촉진시킬 방안을 도출할 필요가 있다.

이 논문의 목적은 한국 사회의 건강권 논의에서 언급된 건강권 개념을 분석하는 것이다. 구체적으로는, 국내 학술 논문과 일반시민이 언급한 건강권 요소의 현황, 건강권과 여타 인권 사이의 관계의 현황을 도출하고 건강권 개념 평가기준으로 평가함으로써 한국 사회의 건강권 개념을 분석한다. 분석 결과를 근거로 한국 사회의 건강권 논의를 촉진하기 위한 방안을 제시하는 것이다.

한국 사회의 건강권 개념을 분석하기 위해 내용 분석 방법을 채택하였다. 내용 분석 대상은 1990년-2014년의 건강권에 관한 국내 학술 논문(혹은, 건강권 논문) 386편과 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 생성된 일반시민의 숙의 과정 산물 40건이다.

분석 결과, 기존 한국 사회의 건강권 개념은 보건의료에 대한 선언적 요구가 다수이고 인권이라는 큰 틀에서 접근하기보다 개별 권리로 접근하고 있었다. 또한 국제법상 건강권 개념과 건강권의 핵심적 존재의의를 잘 반영하지 못하고 있었다. 구체적으로는 첫째, 국내 건강권 논의에서 건강 가치 혹은 개념, 건강권 보유자, 건강권 의무담지자, 건강권 근거,

건강권 내용이라는 다섯 가지 건강권 요소가 나타났지만 건강권 내용(특히, 건강권 세부권리)에 편중되어 있고 요소 간 논리적 연관성이 약한 것으로 드러났다. 이로 인해 국제법상 건강권 개념, 국내법상 건강권 개념, 양쪽과 무관한 건강권 개념이 분리된 채로 공존하고 있었고 일부 사 이비 건강권 개념도 논란 없이 공존하는 실정이다. 국내 학술 논문의 건강권 요소를 요약하면, 세계보건기구의 건강 개념을 바탕으로 모든 사람들이 국가에게 헌법 제36조 3항을 근거로 보건의료 프로그램을 요구하는 것이다.

둘째, 기존 한국 사회의 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계는 인권이라는 전체론적·종합적 체계 보다 단발적 수준에서 개별 권리 사이의 관계로 다루어졌다. 개별 권리 사이 관계의 내용은 기능적(영향, 제3자의 영향, 충돌), 규범적(이념적 일체, 전제조건, 근거, 충돌), 개념적 성격(존중, 포함)의 순으로 많이 나타났고 긍정적 관계가 부정적 관계보다 많이 나타났다. 특정 인구집단 권리를 다룰수록 다양한 관계가 나타나는 경향이 있고 건강권과 밀접한 인권·권리일수록 관계의 불확정성이 존재하였다. 지난 25년간 국내 학술 논문에서는 행복추구권, 인간 존엄, 생명권, 환경권 등이 건강권과의 사이에 긍정적·부정적 관계를 맺어 왔고 인간다운 생활권, 노동권, 차별금지, 생존권 등은 긍정적 관계만 맺어 왔다. 지적 소유권, 특허권, 영업권, 흡연권, 사적 자치는 부정적 관계만 맺어 왔다.

셋째, 건강권 요소 부분과 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계 부분은 상호배타적이지 않고 서로 연관된다. 일례로, 인간 존엄은 건강권 요소 중 건강권 근거나 건강권 내용(건강권 해석)으로 언급되기도 했지만 건강권과의 기능적·규범적·개념적 관계로도 언급되었다.

넷째, 기존 한국 사회의 건강권 개념에는 국제법적 건강권 개념이 잘 반영되지 않은 것으로 나타났다. 건강권 요소의 경우 국내법과 헌법재판소 판례가 많이 언급되었거나 국제법적 개념이 반영된 일부 건강권 요소는 요소 자체의 언급이 미미했다. 건강권과 타 인권 사이 관계의 경우 유엔 사회권위원회 일반논평 14호가 강조한 인권의 상호의존성·상호연

관성 원칙이 별로 언급되지 않았고 건강권과 관련된 것으로 적시한 인권·권리 중에서도 많이 다루어지지 않은 목록이 존재한다. 또한 많이 언급했다라도 피상적인 경우가 대부분이었다. 그럼에도 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 개별 권리 사이 관계의 추상적 내용이 국내에서 기능적, 규범적, 개념적 성격의 관계로 구체화된 것은 의미가 있다.

다섯째, 기존 한국 사회의 건강권 개념에는 건강권의 핵심적 존재의의가 잘 반영되지 않은 것으로 나타났다. 건강권 요소의 경우 건강권이나 보건의료에서의 평등과 비차별 요구나 건강권 보유자의 구조적·통합적 임파워먼트 강조 외에는 인간 존엄, 권력의 재조정, 의무와 책무성 기제가 잘 강조되지 않았다. 건강권과 타 인권 사이 관계의 경우 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙이 거의 언급되지 않은 점, 건강권과의 관계에서 평등권, 차별금지, 자유, 프라이버시권, 자기결정권, 알권리, 참정권, 사회보장권, 적절한 생활수준 등이 적게 언급된 점은 건강권의 핵심적 존재의의가 잘 반영되지 않았음을 보여준다.

여섯째, 그럼에도 학술 논문이 증가할수록, 그리고 일반시민의 숙의 과정이 진행될수록 건강권 개념은 양적, 질적으로 발전하는 경향이 나타난 것은 긍정적이다. 언급 빈도가 낮아서 부록에만 소개한 다양한 개념들은 피상적이거나 일부는 논란의 여지가 있지만 향후 건강권 개념을 풍부하게 만드는 맹아적 요소로 볼 수 있다.

전술한 분석 결과를 통해 한국 사회의 기존 건강권 개념은 전반적으로 협소하고 단순하며 피상적이었고 실현과정에 대한 저조한 관심을 보였다. 이것은 건강권 커뮤니케이션이 일천하고 건강권 커뮤니케이션을 위한 용어와 개념의 공통 기반이 부재한 한국적 상황을 배경으로 하고 있다.

연구 한계점으로는 분석 자료 측면에서 건강권 명명의 다양성, 심층적인 국내 연구의 부족, 일반시민 외 이해관계자의 관점 미반영이 존재한다. 분석 과정 측면에서 학술 논문의 용어 혼동과 분석 틀의 복잡성으로 인한 어려움이 존재했다. 분석 방법 측면에서 일부 자료에 대한 예비조

사 외에 외부자 검토 과정이 부재했다. 해결 불가능한 문제를 제외하고는 방법론 문헌 고찰을 통한 분석 과정의 의미 숙지와 기존 문헌에서 제시한 분석 전략을 활용하여 분석의 질을 담보하였다.

연구 결과를 토대로 한국 사회의 건강권 관심과 논의를 촉진하기 위한 제언을 하면 다음과 같다. 협소한 건강권 개념을 극복하기 위해 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 내용을 적극 수용하고 건강권의 핵심적 존재의의를 강조하며 건강권 개념에 대한 일반시민의 의견을 반영할 필요가 있다. 단순한 건강권 개념을 극복하기 위해 건강권 개념의 기본 구조인 건강권 요소, 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계를 유념하고 건강권 세부권리 요구 시 Rumbold 분류 틀, Nickel의 인권 분류 기준을 참고할 필요가 있다. 이때 부록에 소개한 한국 사회의 다양하고 구체적인 건강권 개념을 참고할 필요가 있다. 피상적인 건강권 개념을 극복하기 위해 단순 언급, 주장, 선언을 넘어 심층적인 논의가 필요하다. 실현과정에 대한 낮은 관심을 극복하기 위해서는 건강권 작동방식, AAAQ 중 수용성, 건강권 지표와 벤치마크에 대한 관심을 제고할 필요가 있다.

정책적으로는 건강권 용어 사전 구축, 숙의적 참여제도의 활성화, 국제법상 건강권 개념의 홍보, 건강권 보유자의 자격과 임파워먼트에 대한 관심 제고, 국제법과 국내법의 건강권 조항의 유권해석 개정, 대한민국 헌법 개정에서 협소한 건강권 개념의 확대, 국제법적 의무 유형의 적극적인 검토와 수용, 건강권의 도덕적·철학적 근거에 대한 논의, 아동과 모성 건강권 및 참정권 보장, 개별 요소가 아닌 AAAQ란 개념 틀의 사용, 보건의료에서 건강의 사회적 결정요인으로의 AAAQ 확대, 취약계층은 건강권이란 특수 권리로 접근하기보다 취약계층의 권리로 접근하는 통합적 관점이 필요하다.

주요어: 건강권, 개념, 인권, 권리, 관계, 한국 사회

학 번: 2008-31058

차 례

국문초록	i
제1장 서론	1
1. 연구 배경	1
2. 연구 목적	4
제2장 이론적 논의와 건강권 개념 분석 틀	6
1. 이론적 논의	6
1) 건강권 비판 주장과 이에 대한 반론	6
2) 건강권의 핵심적 존재의의	14
3) 건강권에서의 3중의 난해성(難解性)	19
4) 기존의 건강권 개념에 대한 논의	22
2. 건강권 개념 분석 틀	24
1) 건강권의 요소	25
2) 건강권과 타 인권 사이의 관계	34
3) 건강권 개념의 평가 기준	37
제3장 연구 방법	44
1. 내용 분석	44
2. 분석 자료	56
1) 수집 방법	56
2) 분석 자료의 일반적 특성	64
제4장 한국 사회의 건강권 요소	69
1. 전체 건강권 요소의 현황	69
1) 전체 건강권 요소 현황	69
2) 건강권 요소 간 연관성	84
2. 개별 건강권 요소의 세부 내용	88
1) 건강 가치 혹은 개념	88
2) 건강권 보유자	100
3) 건강권 의무담지자	114
4) 건강권의 근거	130

5) 건강권의 내용	142
(1) 건강권에 대한 해석	142
(2) 건강권 세부권리	165
(3) 건강권의 작동방식	210
(4) AAAQ	218
(5) 건강권의 지표와 벤치마크	229
제5장 한국 사회에서의 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계	239
1. 인권의 불가분성 · 상호의존성 · 상호연관성 원칙의 언급	239
2. 건강권과 여타 인권 사이의 관계	241
1) 건강권과의 관계가 언급된 여타 인권·권리 목록 현황	241
2) 건강권과 여타 인권·권리 사이의 구체적 관계	244
3. 한국 사회의 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계	267
제6장 결론 및 제언	274
1. 한국 사회의 건강권 개념	274
1) 한국 사회의 건강권 요소	274
2) 한국 사회의 건강권과 타 인권 사이의 관계	276
3) 한국 사회의 건강권 개념 평가	278
2. 토의	281
3. 연구의 한계	289
4. 제언	292
참고문헌	298
부록 1. 최종 코딩표	304
부록 2. 최종 코딩 지침	311
부록 3. 한국 사회의 건강권 요소	319
부록 4. 한국 사회의 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계	397
Abstract	404

표 차례

표 1. 건강권 의무담지자(당사국)의 의무 유형과 의무 내역	28
표 2. Nickel의 인권 분류 기준	31
표 3. 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 가용성, 접근성, 수용성, 질	32
표 4. 건강권 지표 중 구조·과정·결과 지표 유형의 내용과 예시	33
표 5. 2000년 유엔 사회권위원회 일반논평 14호에 나타난 건강권 요소와 건강권 과 여타 인권 사이의 관계	39
표 6. 건강권 관련 학술 논문에 대한 내용분석의 과정	46
표 7. 건강권에 관한 학술 논문에 대한 내용분석의 단위구분	48
표 8. 건강권에 관한 학술 논문의 내용분석에서 사용한 코드와 참고문헌	49
표 9. 건강권에 관한 학술 논문의 내용분석에서 사용한 코딩 지침	50
표 10. 예비조사 준비 모임과 예비조사의 내용	52
표 11. 신뢰가능성(trustworthiness) 보장을 위한 구체적 전략	55
표 12. '2013 건강권 서울시민회의'의 시민패널 구성	59
표 13. '2013 건강권 서울시민회의'의 사전 활동	60
표 14. '2013 건강권 서울시민회의'의 전체 일정	60
표 15. '2013 건강권 서울시민회의'에서 시민패널에게 요청된 과제의 내용과 분 석 자료	64
표 16. 5년 기간별 문서 유형에 따른 건강권 논문의 연평균 발행 수	65
표 17. 5년 기간별 논문 화제에서의 건강권 비중에 따른 건강권 논문의 연평균 발행 수와 비중	66
표 18. 본문 내 건강권 언급 위치에 따른 건강권 논문의 비중	67
표 19. '2013 건강권 서울시민회의' 진행 단계별 일반시민의 숙의적 산물 개수 68	
표 20. 국내 386개 건강권 논문에서 전체 건강권 요소의 언급 현황	69
표 21. 문서 유형에 따른 개별 건강권 요소의 절대적·상대적 언급 현황	73
표 22. 논문 화제에서의 건강권 비중에 따른 건강권 요소의 언급 현황	74
표 23. 주요 저자 소속 분야에 따른 건강권 요소의 언급 현황	76
표 24. '2013 건강권 서울시민회의'에서 건강권 요소의 언급 현황	78
표 25. '2013 건강권 서울시민회의'의 진행단계에 따른 건강권 요소의 언급 현황	80
표 26. 건강권에 관한 학술 논문의 특성에 따른 건강권 요소의 언급에서 상대적 우위 현황	82
표 27. 건강권 논리구조의 특정 요소 언급 여부에 따른 나머지 요소 언급 비율	

.....	85
표 28. 개별 논문에서 언급된 건강 개념의 하위 범주 구성	94
표 29. 건강권 논문에서 나타난 건강 개념과 일반시민의 건강 개념	96
표 30. 국내 건강권 논문에서 언급된 건강권의 근거	132
표 31. 건강권의 국제적 근거로서 기타 내용	133
표 32. 건강권에 대한 해석의 범주	144
표 33. 개별 논문에서 나타난 건강권 해석의 범주 구성	152
표 34. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 건강권 해석	158
표 35. 개별 논문의 건강권 세부권리 내용의 유형	177
표 36. 개별 논문 측면에서 AAAQ의 개별 요소 구성 현황	222
표 37. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 벤치마크의 내용과 논거	235
표 38. 건강권에 관한 국내 학술 논문에서 건강권과의 관계가 명시된 타 인권· 권리 목록 현황	242
표 39. 국내 학술 논문에서 나타난 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계 현황	248
표 40. 개별 타 인권·권리 목록과 건강권 사이의 상반된 관계	255
표 41. 건강권 논문에서 환경권이 건강권과 맺은 네 가지 상반되는 관계의 내용	257
표 42. 건강권과 부정적 관계를 맺은 타 인권·권리 목록과 관계의 빈도	258

그림 차례

그림 1. Christian Erk의 논의에 근거한 인간 존엄성, 존중 그리고 인권의 관계	17
그림 2. 건강권 개념 분석 틀의 구성	25
그림 3. 건강권 세부권리에 대한 Rumbold 분류 틀의 수정	30
그림 4. 건강권 개념 분석 틀의 첫 번째 부분 집합 - 건강권 요소	34
그림 5. 연구 목적과 방법	44
그림 6. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 숙고 과정과 분석 자료의 생성 위치 ..	62
그림 7. 1990년-2014년 건강권에 관한 국내 학술 논문의 발행 추이	65
그림 8. 1990년-2014년 건강권 논문의 발행 추이와 개별 건강권 요소의 언급 추 이	71
그림 9. 1990년-2014년 국내 학술 논문의 전체 건강권 요소 현황	77
그림 10. Rumbold의 분류 틀에 따른 건강권의 세부권리 내용 현황	167
그림 11. Rumbold의 분류 틀에 따른 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 건강권 세부 권리 내용과 1990년-2014년 건강권 논문의 건강권 세부권리 내용 ...	181
그림 12. 1990-2014년 건강권에 관한 국내 학술 논문에서 건강권과 여타 인권· 권리 사이의 관계 언급 추이	252
그림 13. 건강권 논문에서 건강권과 행복추구권 사이의 관계 종류와 언급 빈도	254

부록 3의 표 차례

표 1. 1990년-2014년 건강권 논문의 건강 가치와 2013년 일반시민의 건강 가치	319
표 2. 개별 논문에서 보건이나 생명과의 비교 측면의 건강 개념 내용	320
표 3. 개별 논문에서 고정되지 않은 건강 개념의 내용	321
표 4. 2개 논문에서 언급된 기타 건강 개념의 구체적 내용	322
표 5. 1개 논문에서 언급된 기타 건강 개념의 구체적 내용	323
표 6. 건강권 보유자 자격을 국민으로 한정한 주장과 그 근거	324
표 7. 건강권 보유자 자격을 국민을 넘어 인정한 주장과 그 근거	325
표 8. 수용자의 건강권 보유자 자격을 강조한 주장과 그 근거	326
표 9. 취약계층의 건강권 보유자 자격을 강조한 주장과 그 근거	326
표 10. 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 규정의 구체적 내용	327
표 11. 건강권 보유자의 임파워먼트 실태에 대한 내용과 논문 발행연도	328
표 12. 건강권 보유자의 임파워먼트에 관한 주장의 내용	331
표 13. ‘국가 외’ 건강권 의무담지자의 구체적 내용	334
표 14. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 국가의 즉각적·점진적 의무 내용	336
표 15. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 국가의 존중·보호·실현 의무 내용	337
표 16. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 국가의 핵심의무 내용	339
표 17. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 국가의 소극적·적극적 의무 내용	340
표 18. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 국가의 기타 의무 내용	341
표 19. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 의무 유형에 따른 의무 내용이 나타난 47개 논문의 의무 유형의 구성	342
표 20. 건강권 의무담지자에 대한 내용이 언급된 160개 논문의 의무내용 구성과 논문 화제	343
표 21. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 언급된 건강권 의무담지자의 의무내역	348
표 22. 건강권 근거로서 국내 헌법을 언급한 113개 논문 중 특정 조항을 언급한 106개 논문의 구체적 내용	349

표 23. 헌법과 보건의료기본법을 제외한 건강권의 기타 국내 근거(개별 논문)	351
표 24. 건강권 해석 중에서 ‘급부와 배려’ 범주의 구체적 내용	352
표 25. 건강권 해석 중에서 ‘건강 혹은 삶’ 범주의 구체적 내용	353
표 26. 건강권 해석 중에서 ‘건강관념’ 범주의 구체적 내용	354
표 27. 건강권 해석 중에서 ‘주체와 권력’ 범주의 구체적 내용	355
표 28. 건강권 해석 중에서 ‘건강 침해 금지와 급부·배려’ 범주의 구체적 내용	356
표 29. 저자 소속에 따른 건강권에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 성격 규정의 현황	357
표 30. 건강권 세부권리 내용의 절차 요구 중 우선순위 방식의 상세 내용	358
표 31. 건강권 세부권리 내용의 절차 요구 중 제도적 방식의 상세 내용	359
표 32. 건강권 세부권리 내용의 실체 요구 중 건강 상태 요구의 상세 내용	360
표 33. 건강권 세부권리 내용의 실체 요구 중 건강 관련 프로그램의 종류	361
표 34. 건강 관련 프로그램 요구에서 충분성 차원의 상세 내용	361
표 35. 건강 관련 프로그램의 목록화 방식에서 나타난 항목의 대상	362
표 36. 건강 관련 프로그램의 목록화 방식에서 나타난 항목의 청구형태	365
표 37. 건강 관련 프로그램의 결정규칙 제시 방식의 구체적 내용	366
표 38. 개별 논문에서 언급한 건강 관련 프로그램의 결정규칙 현황	367
표 39. 건강권의 세부권리를 언급한 351개 건강권 논문의 개별 논문 유형	368
표 40. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 개별 분석 자료에서 나타난 건강권 세부권리의 유형	369
표 41. 수정한 Nickel의 분류 기준에 따른 건강권의 세부권리 내용 현황	370
표 42. Nickel의 분류 기준에 따른 개별 논문의 건강권 세부권리 내용 현황	371
표 43. 건강권 세부권리 중 Nickel 분류상 안전권의 내용	372
표 44. 건강권 세부권리 중 Nickel 분류상 적정절차의 권리 내용	373
표 45. 건강권 세부권리 중 Nickel 분류상 평등권의 내용	374
표 46. 건강권 세부권리 중 Nickel 분류상 특정 집단 권리(국민 포함)의 내용	375
표 47. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 Nickel의 분류 기준에 따른 건강권의 세부권리 내용 현황	376
표 48. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 개별 분석 자료에서 Nickel의 분류 기준에 따른 건강권의 세부권리 내용의 구성	376
표 49. 17개 건강권 논문의 논문명과 건강권 세부권리 내용이 문제인 이유	377

표 50. 17개 건강권 논문의 논란의 여지가 있는 건강권 세부권리 내용	378
표 51. 건강권의 작동방식 중 ‘평등과 비차별’을 언급한 논문의 구체적 내용	379
표 52. 건강권의 작동방식 중 ‘참여’를 언급한 논문의 구체적 내용	380
표 53. 건강권의 작동방식 중 ‘모니터링과 평가’를 언급한 논문의 구체적 내용	381
표 54. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동 중 운동 소개 내용	383
표 55. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에서 제3자의 존재 소개 내용	384
표 56. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에서 인식 현실 소개 내용	385
표 57. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에서 활동 소개 내용	386
표 58. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에서 필요성 주장 내용	388
표 59. 개별 논문 측면에서 접근성의 네 가지 하위 개념의 구성	390
표 60. 개별 논문 측면에서 수용성의 세부 요소 구성	391
표 61. 건강권 실현을 위한 지표의 필요성을 언급한 논문의 구체적 내용	392
표 62. 건강권 지표의 유형과 무관하게 언급된 건강권 지표의 구체적 목록	393
표 63. 건강권 지표에 대한 기타 내용	394
표 64. 건강권 벤치마크의 구체적 목록	395
표 65. 건강권 벤치마크에 대한 기타 내용	396

부록 3의 그림 차례

그림 1. 1990-2014년 건강권 논문의 건강권에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 성격 규정의 추이	357
--	-----

부록 4의 표 차례

표 66. 인권 원칙을 언급한 건강권 논문의 현황과 특성	397
표 67. 건강권에 관한 국내 학술 논문에서 화제, 논문 유형, 저자 소속에 따른 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계 언급 현황	397
표 68. 건강권 우선 관계의 논문 내 서술 사례	398
표 69. 건강권과 타 인권·권리 사이 충돌 관계의 논문 내 서술 사례	399
표 70. 건강권과 타 인권·권리 목록 사이의 조화가 필요한 관계의 요약	400
표 71. 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계 유형별 최초 언급된 논문의 발행연 도와 저자 소속	400
표 72. 건강권과 타 인권·권리의 복수 관계를 언급한 건강권 논문의 현황 ..	401
표 73. 개별 논문에서 나타난 건강권과 타 인권·권리 사이 복수의 관계 내용	402
표 74. 개별 타 인권·권리가 건강권과 맺은 관계의 종류	403
표 75. 직업의 자유가 건강권과 맺은 부정적 관계의 예시	403

제1장 서론

1. 연구 배경

건강의 가치는 인권이나 권리의 형식을 빌리지 않고서도 광범위하게 추구되어 왔다. 부국강병의 관점, 시장 기반의 보건의료를 지지하는 입장, 사회투자국가 패러다임의 사회투자정책 방향, 건강 불평등(health equity)¹⁾, 민주주의²⁾ 등 여러 접근법이 존재한다. 전술한 접근법에서는 논란의 여지가 있는 접근법도 있는 반면 인권이나 권리 개념이 포괄하지 못하는 쟁점을 포함하는 접근법도 있다(양재진, 2007; 신동원, 2000: 49; Nickel, 2010: 257; Goodman, 2005: 644, 659; Greco, 2004: 3; Buchanan, 1984: 68).

또한 인권이나 권리로서 건강 가치의 정당화에 실패한 경우에도 대안적 방식을 통해 건강 가치를 강조하고 있다. 사회적 통제 불가능과 자원 희소성의 이유로 건강 그 자체에 대한 권리를 거부함과 동시에 적절한 최소의 보건의료에 대한 권리조차 이론적으로 정당화되지 않는다고 논증한 Buchanan은 다른 강제 원칙으로 모든 이에게 적절한 최소한의 보건의료에 대한 보장을 정당화하였다(Buchanan, 1984: 66-77).

물론, 인권이나 권리의 형식을 사용해서도 건강의 가치는 추구되어 왔

1) 건강 불평등이란 건강의 “차이가 불필요하고 피할 수 있을 뿐만 아니라 부당하고 불공정하다는 것을” 의미한다(김창엽 외, 2015: 66). 세계보건기구 ‘건강의 사회적 결정요인 위원회’는 전 세계 광범위한 근거 검토를 통해 한 세대 내 건강 불평등을 줄이기 위한 총괄 권고로 일상생활 조건 개선, 권력·돈·자원의 불공평한 분배 해결, 문제 측정과 이해를 제시했고 구체적인 내용을 통해서 아동, 여성, 노동자, 이주민, 선주민 등 취약계층에 대한 활동을 제시했다(Commission on Social Determinants of health, 2008).

2) 국민투표, 공청회, 여론조사, 시민합의회의, 시민배심원단 등의 시민참여 방법을 통해 건강 가치를 인정·반영하는 민주주의 방식도 있다(Rowe and Frewer, 2000: 6-9). 미국 보건의료개혁, 덴마크 임상지침 개발, 영국 국가보건서비스의 미래, 캐나다 의료개혁 방안 모색, 한국 국가재난질환 대응체계 평가권고에서 시민배심원제, 시민합의회의, 공론조사, 시민포럼과 같은 방식을 통해 참여한 시민들이 건강 가치를 숙고한 사례도 있다(이영희, 2009: 228; 주성수, 2004: 137; Abelson et al., 2003:242-243).

다. 여기에는 ‘건강과 인권의 연계 접근법’과 ‘건강을 인권으로 규정하는 접근법’(이하, 건강권 접근법)이 존재한다. 우선, 건강과 인권의 연계 접근법은 1980년대 말 AIDS 유행이 시작하고 냉전이 종식된 시기에 세계보건기구가 AIDS 프로그램에 인권을 결합하면서 시작되었다(Gruskin et al, 2007: 449-450). 건강과 인권의 연계로 인해 건강 측면에서는 전 세계 주요 건강 문제에 대한 사고의 방향을 재설정하고 인권 측면에서는 인권적 사고와 실천을 확대하는데 유용하였다(Mann et al, 1994: 8). 실제로 인권을 고려한 공중보건 활동이 인권을 무시하거나 침해하는 공중보건 활동보다 훨씬 효과적인 것으로 나타났다(Gruskin et al, 2007: 453; Gruskin & Tarantola, 2002: 330).

다음으로, 건강권 접근법은 건강과 인권의 연계 접근법보다 오랜 역사를 지닌다. 건강권은 1946년 세계보건기구 헌장을 통해 처음으로 명확히 표현되었고, 이후 1948년 세계인권선언, 1966년 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(이하, 사회권규약), 1978년 알마아타 선언, 2000년 유엔 경제적, 사회적 및 문화적 권리 위원회(이하, 유엔 사회권위원회)의 일반논평 14호, 2013년 사회권규약 선택의정서 발효 등을 통해 구체화되고 있다(황필규, 2013; Wolff, 2012a: 5-12; Hunt, 2007: 369). 이 뿐만 아니라 1977년부터 시작된 사회권규약 비준국에 대한 규약이행 감시, 2002년부터 활동한 건강권 특별보고관, 2008년부터 시작된 유엔 회원국에 대한 국가별 인권상황정기검토(Universal Periodic Review) 등의 유엔 인권메커니즘을 통해 건강권에 대한 감시가 이루어지고 있다(Human Rights Bodies - OHCHR).

전술한 건강에 대한 여러 접근법 가운데 이 논문에서는 건강권 접근법에 주목하고자 한다. 그 이유는 건강을 인권으로 접근하면 건강에 대한 규범적 사고를 한층 더 확장할 수 있기 때문이다.³⁾ 건강에 대한 인식 측면에서 건강권 접근법은 건강을 부국강병 혹은 국가 생산성을 위한 도구

3) 물론, 전술한 건강 가치를 인정하는 비인권적 접근법들이 건강권 해석이나 개념 발전에 기여하거나, 건강권에 대한 비판적 분석과 논쟁을 통해 건강권의 정당화에 기여함을 인정할 필요가 있다.

가 아니라 ‘옳음’, 즉 ‘사회정의’의 문제로 간주하는 것이고, 인간이 어떤 공동체에서 한 인간으로 존재하기 위해 필요한 조건임을 선언하는 것이며, 인간이란 존재와 그들의 삶 그리고 삶의 조건을 제공하는 공동체라는 다층적·포괄적 틀에서 건강을 이해할 수 있게 만든다. 또한 주체 측면에서 건강권 접근법은 인구집단에서 개인(the separateness of persons)으로 초점을 변화시켜 역명의 고통을 분해하고, 권리보유자와 의무담지자의 관계를 명확하게 하며, 인권의 불가분성·상호의존성을 통해 건강의 사회적 결정요인에 대한 인식을 윤리적으로 정당화시켜준다(Weale, 2012: 474; Braveman, 2010: 31; Yamin, 1996: 398; Leary, 1994: 36-37). 특히, 권리 언어를 통해 개인에 초점을 두는 것은 신자유주의적 개인 맞춤형 전략이 아닌 개인의 도덕적 지위(status or standing)를 역설함으로써 평등, 포함(inclusion), 비차별을 강조하는 방식이다(Weale, 2012: 479-481). 이러한 방식은 권리 담론의 역할이 제한적으로 작동하는 비용효과성과 상대적 우선순위 문제에서도 단순한 최대화 전략에 맞서 공정한 몫에 대한 권리를 통해 인간의 기초적 이익을 보호하는 장점이 있다(Weale, 2012: 491).

현재 국제법상에 건강권⁴⁾은 잘 구축되어 있고, 2000년 유엔 사회권위원회 일반논평 14호를 통해 건강권에 대해 유권해석(understanding)이 제시되었다(Sreenivasan, 2012a: 239; Wolff, 2012a: 12; Hunt, 2007: 369-370). 하지만 건강권의 토대가 되는 세계인권선언이 60주년을 맞이한 2008년 12월 국제 학술지 Lancet 편집인은 건강 관련 학계가 너무나 조용하다며 실망스러움을 표했다. Lancet 편집인이 지목한 한 가지 원인은 건강권 의미에 대한 이해 부족이었고 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호와 Backman 등(2008)의 연구가 이를 해결하는 데 기여할 것으로 내다봤다. Lancet 편집인은 세계인권선언 60주년을 기회로 삼아 모든 사람

4) 국제법적 맥락에서 보면 “건강권”(right to health)은 세계보건기구 헌장과 법적 구속력이 있는 인권조약들에 포함된 풍부하고 상세한 건강 관련 조항과 근본적인 인권 원칙을 언급하는 속기용 표현이다(Leary, 1994: 26, 28). 국내에서는 건강권이란 표현 외에도 보건권, 건강할 권리, 보건에 관한 권리, 건강에 대한 권리, 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리 등 총 39가지의 표현이 사용되고 있다(손정안·김창엽, 2016: 28-29).

들이 일상적인 실천에서 중요하고 실용적인 도구를 사용하여 건강권을 주류화 하자고 독려했다(The Lancet, 2008: 2001).

그렇다면 건강권과 관련하여 한국 사회의 상황은 어떠한가? 1990년 한국 사회에서 ‘모든 사람의 도달 가능한 최상의 신체적·정신적 건강 수준을 향유할 권리’가 포함된 사회권 규약을 비준했음에도 의약분업, 한·미 소고기 협상, 의료민영화와 같은 몇몇 상황을 제외하면 건강권에 대한 관심은 여전히 미미하다. 추상적·선언적 개념인 인권은 민주적 논의, 학문적 분석, 구체적 사건의 적용과 해석을 통해 그 의미가 명확해지는데 한국 사회에서 건강권 개념은 저조한 관심으로 인해 그럴 기회가 거의 없었다. 이를 해결하기 위해서는 Lancet 편집인이 제시한 건강권 개념을 수용하는 방식 보다는 이러한 악순환의 근본 원인에 대해 고찰하는 것이 시급하다. 한국 사회의 건강권에 대한 미미한 관심의 근본 원인으로서는 건강권 비판 주장이 합당하게 해명되지 않음으로써 비판 자체가 직관적으로 더 큰 호소력을 지녔다는 점, 건강권 접근법이 건강 가치를 추구하는 여타 접근법과 구별되는 유익함에 대한 고찰이 부족했다는 점, 그리고 건강권 이해에서 ‘3중의 난해성(難解性)’ 존재한다는 점을 꼽을 수 있다. 이러한 세 가지 현상은 건강권 개념과 직간접적으로 연결된다. 따라서 기존 한국 사회의 건강권 개념을 비판적으로 분석함으로써 한국 사회의 저조한 관심을 극복하기 위한 방안을 도출할 필요가 있다.

2. 연구 목적

이 논문은 건강권에 대한 관심과 논의가 저조한 한국의 현실을 극복하기 위해 한국 사회의 건강권 개념을 비판적으로 분석하고 개선방안을 제시하고자 한다. 이를 위한 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 한국 사회에서 언급된 건강권 요소의 현황과 내용을 도출하고 국제법상 건강권 개념과 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 평가한다.

둘째, 한국 사회에서 언급된 건강권과 여타 인권 사이 관계의 현황과 내용을 도출하고 국제법상 건강권 개념과 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 평가한다.

셋째, 상기의 연구 결과를 바탕으로 한국 사회의 건강권에 대한 관심과 논의를 촉진하기 위한 방안을 제시한다.

제2장 이론적 논의와 건강권 개념 분석 틀

이 장에서는 한국 사회의 건강권에 대한 관심이 저조한 원인과 관련된 건강권 비판 주장, 건강권의 핵심적 존재의의, 건강권 이해에서의 3중의 난해성을 검토하고 현재 국제 사회의 건강권 개념 논의를 비판적으로 고찰함으로써 한국 사회의 건강권 개념 분석을 위한 새로운 틀의 필요성을 확인한다.

1. 이론적 논의

1) 건강권 비판 주장과 이에 대한 반론

한국 사회 구성원의 건강권에 대한 광범위한 공감과 관심을 이끌어 내기 위해서는 건강권에 대한 비판 주장을 제대로 다룰 필요가 있다. 또한 이러한 비판에 대해 분석하고 논쟁하는 것은 건강권의 정당화에 기여할 수 있고 건강권의 교조화와 사이비 개념과의 혼란을 막을 수 있다(조효제, 2007: 31).

건강권에 대한 비판은 건강에 대한 사회적 통제의 불가능성, 인권 혹은 권리로서 건강의 불가능성, 건강권의 모호성, 자원 희소성, 침해 원인의 규명 어려움, 자원배분의 왜곡, 민주주의 약화라는 일곱 가지를 꼽을 수 있다. 일곱 가지 비판적 주장에 대해 상세히 검토하고 최대한 합당한 반론을 살펴보고자 한다.

① 건강은 사회적 통제(social control)의 대상이 아니다.

모든 사람의 상당한 건강 수준을 보장하는 것은 사회적 통제 영역이 아니라는 이유에서 건강권은 비판 받는다(Buchanan, 1984: 55). 이는 건

건강권을 정부·국제조직·개인들이 개인의 좋은 건강을 보장해야 한다는 것으로 해석하는 것은 터무니없다는 입장(Leary, 1994: 28)⁵⁾, 정부가 시민의 좋은 건강을 보장하는 것은 불가능하다고 보는 입장, 건강이 인간의 영역이 아닌 신의 영역에 존재한다고 보는 입장, 건강 그 자체는 직접적·의도적 개입의 대상이 될 수 없다는 입장에 해당한다(Goodman, 2005: 644; Greco, 2004; Yamin, 1996: 408). 이러한 비판들은 직관적인 호소를 통해 주장하기도 하지만 본질적인 인간 조건, 과학과 기술 발전의 미미한 영향, 건강 행동과 생활양식, 건강의 불확정적 개념 때문이라는 논거를 제시하기도 한다(Goodman, 2005: 644-645; Greco, 2004: 3; Yamin, 1996: 408; Buchanan, 1984: 55). 이러한 비판은 권리로서 건강의 실현불가능성 주장으로 이어지거나 건강이 아닌 보건의료를 보다 적절한 대상으로 간주하는 주장으로 이어진다(Sen, 2008: 2010; Yamin, 1996: 408).

전술한 비판을 (1) 건강에 대한 정부 통제의 불가능성, (2) 건강은 인간이 아닌 신의 영역, (3) 건강의 불확정성으로 나누고 이에 대한 반론을 살펴보고자 한다. 첫째, 보건의료와 달리 건강은 정부의 통제가 불가능하다는 비판에 대해 Sen은 건강이 보건의료뿐만 아니라 영양, 생활양식, 교육, 여성 임파워먼트, 사회의 불평등과 부자유에도 의존하고 권리란 정책 결정뿐만 아니라 공적 토론, 사회적 감시, 조사 보고, 사회사업과 같은 다른 방법으로도 개선 가능하다고 반박한다(Sen, 2008: 2010). 둘째, 건강은 인간이 아닌 신의 영역이라는 비판에 대해 Yamin은 질병의 사회적 인과성을 무시하고 건강의 개인 책임에 기반을 둔 행태주의적 개입 모형이 건강을 인간의 통제 영역으로 다시 들여왔다고 평가한다(Yamin, 1996: 413-414). 셋째, 건강의 불확정성 측면의 비판에 대해 Greco는 건강을 정상성(normality) 보다 규범성(normativity)으로 이해

5) 여기서 Leary는 건강권을 WHO 헌장과 법적 구속력이 있는 인권 조약의 길고 상세한 건강 관련 조항을 언급하는 속기용 표현이라고 간주하고, 그러한 건강권은 국제법에서 인정되었다고 여기며, 인권으로서의 건강권 개념은 보건의료와 건강상태에 대한 사회적·윤리적 측면을 강조하는 것이기 때문에 건강 이슈에 대한 권리 담론은 타당하다고 보았음에도 건강 그 자체에 대해서는 전술한 바와 같이 주장하였다(Leary, 1994: 26-27,35).

하면⁶⁾ 지식 질서와 생명유지 질서(vital order) 사이 틈에서 기인하는 건강의 불확정적 성격을 제외·무시하지 않고 오히려 건강권 정식화에 의해 적극적으로 보호하도록 설계해야 한다고 주장한다(Greco, 2004: 2-12). 또한 프레드먼은 생물학적 조건, 경제 사회 구조, 환경, 생활양식, 의료 제도 등 다양한 결정 요인에서 기인하는 건강의 불확정성에도 불구하고 적극적 의무의 구성 요건인 유효성, 참여성, 책무성, 평등성을 통해 확정적인 방식으로 건강권을 규정할 수 있고 네 가지 구성요건이 최적화된 상태라면 그 나라의 건강권은 최소한의 핵심을 충족시켰다고 볼 수 있다고 주장한다(Fredman 지음, 조효제 역, 2009: 43).

② 건강은 인권 혹은 권리가 될 수 없다.

이러한 비판은 (1) 인권으로서 건강의 실현불가능성, (2) 구속력 있는 법적 권리로서의 문제, (3) 도덕적 인권으로서의 문제로 나눌 수 있다. 첫째, 인권으로서 건강의 실현불가능성 주장은 인권의 필수조건으로서 실현가능성을 가정하고 있기 때문에 건강권은 불가능하다고 비판한다. 이 문제와 관련하여 Sen은 실현가능성이 인권의 필수조건이라면 건강권 뿐만 아니라 자유에 대한 권리도 불가능하다고 반박한다(Sen, 2008: 2010). 또한 맥클로스키는 권리를 단지 요구자격(entitlements)로 보고 그것이 구현 가능하지 않아도 존재할 수 있다고 보았으며, 일례로 의학 적 치료를 받을 권리를 보편적 인권이라고 하였다(Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 234-35). 또한 Nickel은 의무담지자가 의무를 이행할 능력이 없어서 권리가 작동하지 않게 된 경우에도 권리는 현존할 수 있고 행위를 인도할 수 있다고 하였다(Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 107-108). 그럼에도 실현가능성은 구체적인 인권의 정식화와 구현을 위해 필요한 관념임을 유념할 필요는 있다(Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 257).

둘째, 권리 개념은 불가피하게 법적인데 건강이 권리라고 명시한 구속

6) 정상성이란 “하나의 사실이나 실체와 이미 주어진 규범의 일치”를 말하고, 규범성이란 “규범을 제정하는 역량 혹은 규범의 원천이 되는 역량”을 말한다(Greco, 2004: 3).

력 있는 입법이 없기 때문에 권리가 될 수 없다는 비판이 있다(Sen, 2008: 2010). 하지만 건강권은 의무와 철학적 정당화 측면에서 한계는 있지만 대체로 국제법의 일부로서 잘 구축되어 있다고 인정받는다(Sreenivasan, 2012: 239; Wolff, 2012a: 12, Erk, 2011: 9). 또한 Sen은 18세기 자유를 위한 활동가들의 투쟁과 같은 법적 권리의 역사적 전통을 근거로 삼아 입법을 안내하는 법의 원천(parent of law)으로서의 인권의 역할이 가능하다고 보았다(Sen, 2008: 2010).

셋째, 인권은 법적 정당화와 도덕적 정당화를 모두 갖추어야 하는데, 건강권의 경우 법적 인권으로서 인정되지만 도덕적 인권으로서 정당화되지 않는다는 비판이 있다(Sreenivasan, 2012: 239; Erk, 2011: 12). 우선, Sreenivasan은 건강권을 적극적 청구권이면서 동시에 의무담지자를 확실하게 지정할 수 있는 ‘특정대상 청구권’으로 가정함으로써 무국적자와 빈국의 국민들에게 의무담지자(국가)가 부재하므로 건강권은 보편적 인권이 아니라고 결론을 내린다. 하지만 건강권은 자유권, 소극적 청구권에도 해당하고 의무담지자를 확실하게 지정할 수 없는 ‘불특정 청구권’으로 개념화될 수 있다(Erk, 2011: 294, 326-328; 조효제, 2007: 106).⁷⁾ 또한 Erk는 건강을 존재론적 존엄에 근거한 인권 개념으로서 정당화할 수 없다고 비판적 결론을 내린다. 하지만 추가적인 논증을 통해 건강을 생명권으로부터 파생되거나 생명·건강에 대한 도덕적 의무(duty)로부터 파생된 도덕적 권리로 볼 수 있다는 결론을 내린다.

7) 법적 권리에 관한 호펠드 이론은 권리와 그것에 대응하는 의무를 연관 지어 여덟 가지 개념의 네 가지 법적 대응 관계(jural correlatives), 즉 권리와 의무(rights and duties), 특권과 무권리(privileges and no-rights), 권한과 귀책사유(power and liability), 면책과 무능력(immunities and disabilities)을 제시한다(조효제, 2007: 103-104). 여기서 권리와 의무 관계는 ‘청구권’(claim), 특권과 무권리 관계는 ‘자유권’(liberty)으로 불린다(조효제, 2007: 104; Erk, 2011: 144). 호펠드(Hohfeld)는 “갑이 을에게 무엇을 요구한다면 을은 갑에게 그것을 들어줄 의무가 있는” 관계를 권리와 의무 관계, 즉 청구권(claim)이라 명명하고, “갑이 어떤 것을 하지 말아야 할 금지규정이 없을 경우 이론상 무엇이든 할 수 있는” 관계를 특권과 무권리 관계, 즉 자유권(liberty)라고 명명한다(조효제, 2007: 104). 청구권이 의무담지자의 활동(actions)을 언급함으로써 구체화된다면 자유권(liberty)은 권리보유자의 활동(actions)을 언급함으로써 구체화된다고 Erk, 2011: 147). 이때 자유권(liberty)은 권리 주장의 주체가 권리를 주장하는 사람의 행위, 자제, 부작위(不作爲)에 해당하고 그(녀)가 행하는 데에 금지되지 않는 활동들(actions)로 구성된다(Erk, 2011: 146).

③ 건강권은 모호하다.

건강권은 전 세계적으로 의문의 여지없이 수용되고 있지만 개념적으로 명확성이 부족하다고 비판 받는다(Erk, 2011: 14). 또한 도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리는 모호한 용어들로 서술되어 있고 너무 광범위해서 문제라며 비판받는다(Wolff, 2012b: 221; Ruger, 2010: 122). 하지만 이러한 인권뿐만 아니라 민주주의 개념과 같은 다른 규범적 개념들도 대부분 의미가 모호하고 이로 인해 그 개념이 공허한 것은 아니며(Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 257), 인권은 추상적이고 선언적 개념이지만 실천적으로 고정되지 않아서 민주적 논의를 통해 개척·재구성될 수 있다(조효제, 2016: 15). 또한 인권으로서의 건강권은 국제법과 국가헌법에 공표된다고 해도 간결한 언어로 표현되어 있어서 보통 그 의미가 자명하지 않기 때문에 그 범위와 의미가 서서히 명확해진다(Leary, 1994: 26). 이러한 과정은 시간이 흐르면서 학문적 분석뿐만 아니라 구체적 사건들 속에서 해석과 적용을 통해 발전한다(Leary, 1994: 26). 이는 사회권규약 제12조(건강권)에 대한 유권해석을 내린 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에서 적시된 “본 일반논평은 다년간 당사국 보고서를 심사한 본 위원회의 경험에 바탕을 두었다.”에서도 확인 가능하다(Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). 이런 측면에서 건강권이 모호하다는 비판에 대해서는 건강권 개념의 명확화를 위한 여러 노력들로 반론을 제기할 수 있다.

④ 건강권은 자원 희소성 문제에 직면한다.

건강권을 포함한 제2세대 인권, 즉 경제적·사회적 권리들은 그 이행에 비용이 많이 든다는 비판을 받는다(Rumbold, 2015: 6; Wolff, 2012a: 14; Goodman, 2005: 655). 이것은 빈곤한 국가뿐만 아니라 선진국에서도 문제가 되는 쟁점이다(Leary, 1994: 45). 이러한 비판에 대해 제1세대 인권도 이행을 위한 비용이 엄청나다는 반론과 모든 국가가 의무 이행을 할 수 있는 비싸지 않고 비용 효과적 조치(예방 조치, 모유수유 촉진, 담

배 소비 억제 등)가 존재한다는 반론이 있다(Rumbold, 2015: 6; Wolff, 2012a: 14; Leary, 1994: 45-49). 따라서 건강권과 같은 제2세대 인권에 대한 지지를 꺼려하는 진짜 이유는 국가의 광범위한 경제적·사회적 권리 보장을 거부하는 이념적 입장 때문이라는 주장이 타당한 것으로 보인다(Wolff, 2012a: 14). 궁극적으로는 건강권 보장에서의 자원 희소성 문제와 관련해서 사회적 목적 실현에 관한 공리주의적 논쟁에서 사람들에게 권력을 부여하는 측면의 건강에 관한 의사결정 참여 방법과 같은 근본적 쟁점으로 이동시킬 필요가 있다(Yamin, 1996: 412).

⑤ 소극적 권리 측면에서 건강권은 침해 원인을 규명하기 어렵다.

누군가가 예방이나 치료가 가능한 어떤 것을 나에게 행하거나 행하지 않은 결과로 나의 건강이 나쁜 것이 아니라면 권리가 어떻게 침해되었는지 알기 어렵기 때문에 건강은 건강권의 적절한 대상이 아니라는 주장이 있다(Daniels, 2008: 145). 이 주장에서 더 큰 문제는 타인 행동의 결과와 같은 사회적으로 야기된 손상·질병과 자연적 원인이나 피해자 자신의 행동으로 야기된 손상·질병 사이의 구분도 실천적으로 거의 불가능하기 때문에 국가가 타인의 행동으로부터 피해자의 건강을 보호하기가 어렵다는 주장이 있다(Rumbold, 2015: 5). 이로 인해 건강권과 관련한 찬반 논쟁의 다수는 소극적 권리 개념 보다 적극적 권리 개념에 주목하는 것으로 보인다(Rumbold, 2015: 5). 하지만 이러한 어려움에도 불구하고 다른 사람의 건강을 위협에 빠트리는 사람에게 유죄 판결이 가능하도록 사회적으로 야기된 손상·질병과 나머지 사이를 구분할 필요가 있다(Rumbold, 2015: 5). 또한 전술했듯이 전통적인 소극적 권리 개념 외에도 보건의료에서의 차별로부터 보호받을 권리와 같은 다른 방식의 소극적 권리 개념도 존재한다(Rumbold, 2015: 5).

⑥ 건강권은 비용효과적인 자원배분을 왜곡한다.

권리 언어는 평등성(equality)과 통합(inclusion)의 가치를 강조하는 장

점이 있지만, 건강 관련 자원 할당에서의 비용효과성이나 우선순위 설정을 다루는 데에는 부적합하다는 비판이 있다(Weale, 2012: 491). 이뿐만 아니라 사람들이 건강권 추구를 위해 법원으로 가게 되면 보건 자원의 합리적 기획을 약화시키고 효율적 이용이 감소한다는 비판도 있다(Wolff, 2012b: 227). 이러한 주장의 실제 사례는 브라질의 경우로서, 건강권과 생명권에 따른 치료 접근성 관련해 수만 건이 법원으로 가서 성공했고 그 혜택은 주로 중간계급이 획득한 것으로 나타났다(Wolff, 2012b: 229). 의무담지자가 되어야 할 정부에게는 보건의료, 특히 의약품을 효율적으로 생산·제공할 능력이 부족하다는 비판도 있다(Goodman, 2005: 659).

전술한 비판에 대한 반론으로 첫째, 건강권이 비용효과성과 상대적 우선순위 쟁점에서 부적합하다는 것은 인정하지만, 자원의 공정한 몫에 대한 권리 측면에서 단순한 최대화 전략에 맞서 인간 삶의 기초적 이익(interests)보호하는 역할이 존재한다(Weale, 2012: 488, 491). 게다가 건강권은 건강을 위한 사회적 계약에서 비용효과성의 부담과 의무를 공정하게 분포되도록 보장한다(Weale, 2012: 491). 둘째, 건강권 추구를 위한 사법적 접근방식은 보건 자원의 비용효과성을 왜곡한다는 비판에 대해, 선진국과 중간 소득 국가에서는 부분적으로 사실이겠지만 빈곤한 국가에서는 그런 방식으로 적용되지 않는다는 반론이 존재한다(Wolff, 2012b: 227). 특히나 인력, 훈련의 비용으로 인해 필요한 의약품 접근이나 모성사망률 개선이 비용 효과적이지 않은 빈국에서는 특허 레짐과 관련하여 제네릭 의약품 생산을 장려하는 방법이 모색되거나 국가의 부(wealth)가 증가하여 비용효과적일 수 있을 때까지 그러한 국가들의 ‘건강권 핵심의무’를 도울 수 있도록 국제공동체에 의무를 부여하는 건강권 접근법이 필요하다(Wolff, 2012b: 231-232). 셋째, 보건의료 생산·제공에서 정부보다 시장 기반의 기전이 더욱 효율적이라는 주장은, 부가적 부(wealth)의 창출 측면에서의 효율성을 가정하고 있기 때문에 전술한 다른 비판들과 달리 비용효과성으로 달성하고자 하는 목적이 건강이 아닌 경제적 목적이므로 반론의 필요성을 느끼지 못한다(Goodman, 2005:

650).

⑦ 건강권은 민주주의를 약화시킨다.

개인적 권리의 확장은 합의 중심의 정치 제도 보다 법원에 의존하는 경향을 가속화하여 합리적 논증 과정, 심사숙고, 정당화가 이루어지는 민주주의 제도를 약화시킨다는 비판이 있다(Goodman, 2005: 649). 또한 건강권과 같은 적극적인 복지권은 세금, 고용, 해고 등을 규제하는 정부에 권력을 집중시켜 시민의 자유를 파괴하고 시민을 정부 의존자로 만든다는 비판도 있다(Goodman, 2005: 650). 이러한 비판은 건강권을 협의의 법적 권리와 적극적 청구권에 한정함으로써 인권의 중요한 특성을 간과하고 있는 것으로 보인다. 인권은 법률의 원천일 뿐만 아니라 인권의 대의명분을 증진시키는 여러 많은 방법, 예로 공적 토론, 사회적 감시, 조사 보고, 사회사업 등의 원천이기도 하다(Sen, 2008: 2010). 또한 인권은 절대적 명제라기보다 ‘언어적 우선순위’(lexical priority)이기 때문에 ‘정치적 절차’를 통해 인권의 구체적인 내용을 결정하지 않으면 인권은 추상적 주장으로 남을 수밖에 없다(조효제, 2007: 34). 현대 인권이 ‘탄압 패러다임’에서 ‘웰빙 패러다임’으로 변하면서 예산배정이나 의사결정에서의 정치적 고려는 불가피하다.

만약, Goodman의 비판처럼 건강권을 법적 권리와 적극적 청구권에 한정하고 법원 의존성이 증가한다는 주장을 수용한다고 해도 사법부 개입이 꼭 민주주의의 약화로 이어진다고 볼 수 없다. 우선, 법률은 정치적으로 요소가 배제된 ‘확고부동한 규범’이기보다는 재량적 요소를 포함하고 있어서 법의 채택·비준 과정, 판례 해석 방식, 국제인권조약기구의 유권해석 등 법률의 전체 단계에서 정치적 협상·해석·타협의 요소가 개입되기 때문이다(조효제, 2007: 34). 또한 건강권과 같은 적극적 인권을 보호할 의무와 관련하여 사법부가 정치를 대체할 수는 없지만 정치 과정을 활성화하는 촉진제로 기능할 수 있기 때문이다(Fredman 지음, 조효제 옮김, 2009: 337; Singh et al., 2007: 523, 526; Hogerzeil et al., 2006:

309).

한편, 건강권으로 인한 권력의 정부 집중 현상을 비판한 Goodman의 경우 인권의 핵심 개념을 간과하고 있다고 볼 수 있다. 왜냐하면, 역사적으로 인권투쟁은 지배적인 권력 형태에 대한 저항담론으로 출현했고, 모든 인권의 공통 개념은 ‘억압권력’과 ‘대항권력’ 간의 관계이기 때문이다(조효제, 2007: 35-36). 건강권을 통해 정부로 권력이 집중되고 시민 자유가 억압된다는 Goodman의 가설에 동의하기 어렵고 오히려 신체 훈육, 인구 조절·관리를 통해 인간을 통치하는 근대의 고유한 권력 행사 방식에 저항할 수 있는 하나의 방식으로 건강권이 강조되어야 할 것이다(Lemke 지음, 심정보 옮김, 2015: 63-91).

2) 건강권의 핵심적 존재의의

앞서 건강권 접근법은 건강에 대한 규범적 사고를 한층 더 확장할 수 있는 장점이 있다고 소개했다. 여기서는 건강권 접근법이 여타 접근법과 구분되는 핵심적 존재의의, 즉 인권 형식으로서 건강 추구에 기여할 수 있는 바로서 인간 존엄성, 권력 재조정, 의무와 책무성(accountability) 기제를 고찰한다. 첫째, 건강에서 권리란 언어를 사용하게 되면 건강의 모든 측면에서 개개인의 존엄성이 핵심이라는 점을 강조하는 것이고 집합적 선보다 개인의 존엄성에 초점을 맞추게 된다(Leary, 1994: 37). 왜냐하면 권리 개념은 인간의 타고난 존엄성에 대한 인식으로부터 나오고 모든 개별 인간의 존엄성을 옹호하는 인권의 규범적 보편성은 다른 사회 운동에서 찾을 수 없는 설득력과 호소력을 지녔다”(Leary, 1994: 36; 조효제, 2016: 10). 인간 존엄성은 자존감을 보호하고 자의식과 자아정체성을 가능하게 한다(Yamin, 1996: 401).

인간 존엄성(human dignity)은 네 가지 차원, 즉 ‘존재론적 존엄성’(ontological/inherent dignity), ‘의식된 존엄성’(dignity of actual

rational consciousness), ‘획득한 존엄성’(acquired dignity), ‘부여된 존엄성’(bestowed/attributed dignity)으로 나뉜다(Erk, 2011: 236-284). 첫 번째 ‘존재론적 존엄성’은 여타 창조물과 구분되는 사람(person) 그 자체이기 때문에 갖는 존엄성으로서 질병, 성별, 연령, 의식 존재 여부 등과 무관하다(Erk, 2011: 237). 여기서 사람(person)이란 이성적 본성(rational nature)을 지닌 개별 실체(individual substance)를 말한다(Erk, 2011: 247).⁸⁾ 두 번째 ‘의식된 존엄성’은 의식되고 있는 와중에서의 개인 잠재 역량(capabilities) 실현에 존재하고, ‘존재론적 존엄성’의 현실화된 상태를 구성한다(Erk, 2011: 266). ‘의식된 존엄성’은 인간의 현실화된 속성들, 즉 자기인식(self-awareness), 이성(reason), 자유(freedom), 정서(affectivity), 관계성 relationality), 종교성(religiousness)에 근거한다(Erk, 2011: 269-272). 세 번째 ‘획득한 존엄성’은 인간의 본성과 그것의 현실화, 즉 존재론적 존엄성과 의식된 존엄성 둘 다에 기반을 둘뿐만 아니라 그 현실화의 질(quality)에 의존한다(Erk, 2011: 278). ‘획득한 존엄성’은 그 현실화의 선(善)한 결과에 존재하므로(Erk, 2011: 278), ‘존재론적 존엄성’이 모든 인간에게 동일한 반면 ‘획득한 존엄성’은 각 사람의 도덕적 탁월(goodness)에 따라 질적 차이가 나타난다(Erk, 2011: 279). 지금까지의 세 가지 존엄성은 인간 그 자신(즉, 사람으로서의 실체적 존재, 의식, 지성과 자유의 선(善)한 이용)에 근거한 존엄성이지만, 네 번째 ‘부여된 존엄성’은 인간의 본성이나 인간의 자유로운 지적·도덕적 행동에 의존하지 않고 외부에서 수여된 재능(gift)에 존재한다(Erk, 2011: 281). ‘부여된 존엄성’이 근거하는 재능에는 인간(사회, 국가, 권위 있는 직책 등)에 의해 수여된 재능과 비(非)인간(자연, 신 등)에 의해 수여된 재능으로 나뉘고, 전자에는 사회적 역할과 기능, 타인과의 관계, 부모와 같은 자연적 역할 등이 속하고 후자에는 미(美), 지성, 천재성 등과 같은 자연적 재능과 신부, 예언자 등과 같은 신이 수여한 재능이 속한다(Erk, 2011: 281-282).⁹⁾

8) 이성적 본성은 사람‘들’, 즉 호모 사피엔스 사피엔스 종의 본질적 특성이면서 보편적이지만 실제 주체(actual subject) 없이 존재할 수 없다(Erk, 2011: 245, 267).

9) 존재론적 존엄성은 사람의 존재에 근거하므로 보편적이고 양도할 수 없고, 의식된 존엄성은 비

네 가지 차원의 존엄성은 서로 별개가 아니라 밀접하게 연관되어 있고, 이 가운데 ‘존재론적 존엄성’은 나머지 세 가지 존엄성의 토대(foundation)이다(Erk, 2011: 284). 모든 사람은 동일한 양의 ‘존재론적 존엄성’을 지니고 인생을 시작하지만, 생애를 통해 나머지 세 가지 존엄성에 따라 전반적인 존엄성의 수준에 차이가 생긴다(Erk, 2011: 286-287). 이에 따라 Erk는 인권의 개념을 협의의 인권과 광의의 인권으로 나누고 그중 전자를 모든 인간이 항상 평등하고 양도불가능하며 보편적으로 소유하는 도덕적 권리로 정의하면서 보편적이고 양도할 수 없는 ‘존재론적 존엄성’을 근거로 주장한다(Erk, 2011: 296).

하지만 인간 존엄성은 직접적으로 인권을 생성하지 않고, 존중^{Erk}(respect)¹⁰⁾이라는 매개 요인을 통해 인간 존엄성과 인권이 연결된다(Erk, 2011: 288-289). 여기서 존중^{Erk}은 감정(feeling)을 넘어서 의미 있는 행위(behaviour)를 위한 동기를 부여하고 행위를 필요로 하며 그 행위는 활동(action) 속에서 그리고 활동에 의해서 나타난다(Erk, 2011: 290).¹¹⁾ 인간 존엄성이라는 가치는 우리에게 숭고한 요구(demand)와 의무를 부여하고 이는 곧 인간 존엄성 때문에 존엄성 보유자에게 도덕적 인정(moral recognition)의 중요한 형태인 존중^{Erk}을 제공해야 하는 것을 의미한다(Erk, 2011: 288). 인간 존엄성을 존중^{Erk}하는 것은 인간 존엄성에 주목하고 적극적으로 행동하는 것(to behave), 즉 행위에 대해 숙고함으로써 인간 존엄성을 적절하게 고려하고 인정하는 것을 필요로 하며, 행위 방법을 숙고할 때 개별 인간의 가치를 적절하게 고려하고 그에 따라 행위를 할 의무를 포함한다(Erk, 2011: 291). 인간이 타인에 의해 존

가역적인 혼수상태 등에서 상실할 수 있지만 의식 있는 삶을 사는 사람이면 양도할 수 없으며, 획득한 존엄성은 악을 통해 상실할 수 있고, 획득된 존엄성은 양도할 수 있고 재능, 역할, 기능 등에 따라 다양한 정도가 존재한다(Erk, 2011: 264-283). 최악의 살인자조차도 그의 모든 존엄성을 잃어버리는 것은 아니고, 존재론적 존엄성과 의식된 존엄성에 근거하는 인권은 박탈할 수 없다(Erk, 2011: 280).

10) 여기서의 ‘존중’ 개념은 사회권위원회의 일반논평 14호에 언급된 국가 의무 유형에서 존중(respect)과는 다르기 ‘존중^{Erk}’라고 표기한다.

11) Erk는 이렇게 행위를 강조하는 존중을 특별히 ‘준수(observance)하는 존중’(observantia-respect)이라 명했지만, 이 논문에서 필자는 존중이라고 통칭하고자 한다(Erk, 2011: 290).

엄성을 존중^{Erk}받을 자격을 지니고 그 타인이 존엄성을 존중^{Erk}할 의무를 짐으로써 도덕적 권리를 보유하게 되고 이러한 도덕적 권리들은 인권이 된다(Erk, 2011: 289). 결국 인권은 기본적인(basic) 인권인 인간 존엄성을 존중 받을 권리에서 파생된다(Erk, 2011: 289)(<그림 1>).

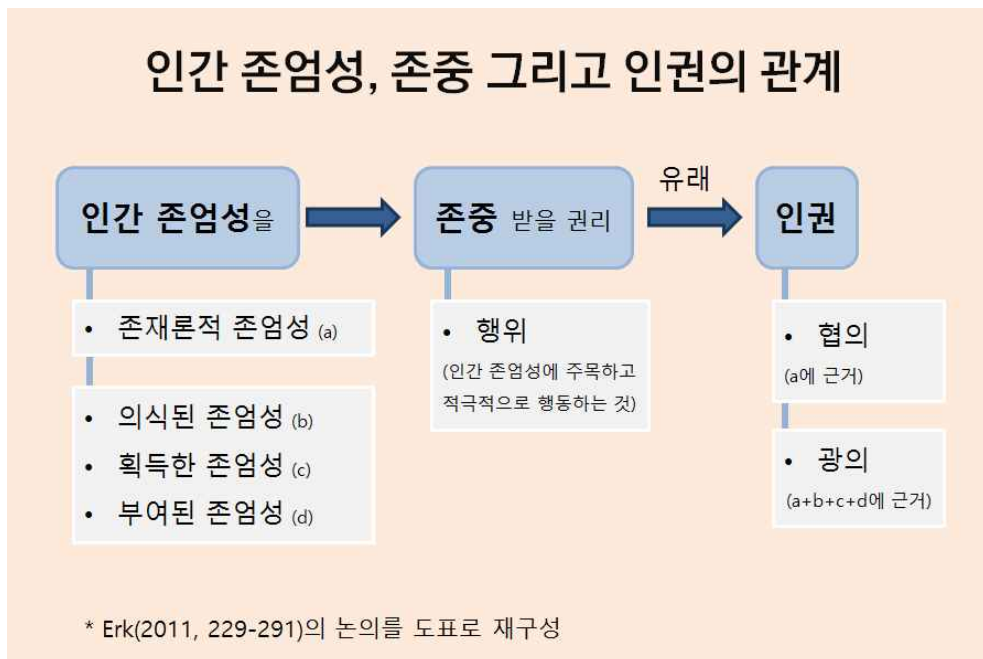


그림 1. Christian Erk의 논의에 근거한 인간 존엄성, 존중 그리고 인권의 관계

앞서 인간 존엄성의 네 가지 차원을 살펴보았지만, 인간 존엄성의 의미는 획일적 인권 기준을 적용하는 것이 아니라 우리 사회에서 철학적·윤리적 숙의를 거쳐 잠정적 합의를 찾아야 할 문제라는 시각이 필요하다(조효제, 2016: 15). 또한 인간 존엄성이 보장되는 삶이란 객관적으로 인정되는 ‘좋은 삶’을 의미한다(조효제, 2016: 39). 이러한 관점에서 인간 존엄성과 인권의 관계를 살펴보면, 건강권을 포함한 인권은 인간 존엄성의 기초적 요소, 즉 “인류가 좋은 삶을 누리기 위해 필요하다고 동의한, 최소한의 어떤 기준을 충족하기 위해 사용하는 규범적·도덕적·법적·제

도적 수단이다”(조효제, 2016: 39; Yamin, 1996: 401).

따라서 건강권 접근법은 건강 영역에서 인간 존엄성을 강조하는 내재적 가치와 인간 존엄성 보장을 위한 전체 인권의 한 요소로서의 도구적 가치를 모두 지닌다고 볼 수 있다. 하지만 지금까지는 인간 존엄성 보장을 위한 도구적 인권, 즉 여러 개별 권리들을 법과 제도의 형태로 보장하려는 흐름이 강조되면서 “보편적 인간 존엄성을 민주정치의 궁극적 목표로 승인하는 데 목표를 둔” 내재적 인권은 무시되거나 경시되기도 했다(조효제, 2016: 10-13). 또한 인간 존엄성은 개별 권리의 총합이 아니라 그 보다 더 큰 어떤 것으로서 전체론적·종합적 체계를 필요로 하지만 지금까지는 개별 권리들을 중심으로 인간 존엄성을 이해하는 경향이 존재했다(조효제, 2016: 15, 64). 따라서 건강권 접근법은 법과 제도의 형태로 보장하려는 노력뿐만 아니라 건강 정치에서 보편적 인간 존엄성을 궁극적 목표로 승인하면서 전체론적·종합적 체계 속에서 사고해야 한다.

둘째, “인권은 궁극적으로 권력의 문제다”(조효제, 2007: 35). 권력 쟁점은 생리학적 질환의 극복·억제를 넘어 질병의 생성·분포와 질병의 사회적 상태 규정을 하는 권력 구조와 그 권력의 사회적 관계·조합·배열을 인식하는 데 주목하게 만든다(Yamin, 1996: 400). 권력 쟁점과 관련해서 국가를 중심으로 한 ‘권력 관계의 재조정’과 주체를 중심으로 한 ‘자력화(empowerment)’로 나눌 수 있다. ‘권력 관계의 재조정’ 측면에서 인권은 인도주의와 달리 권력과 사회적 지위(status)의 분포에 관심을 두고 권력 관계를 재조정하려고 노력한다(Wolff, 2012a: 15-16). 인도적 원조가 기존 권력 구조의 유지 하에 일시적으로 긴급한 필요를 다루는 반면 권리는 최소한의 특정 영역 내에만 기존 권력 구조에 권한을 양도하면서 자유(liberties)와 기회의 더 광범위한 구조에 관심을 둔다(Wolff, 2012a: 15, 27). 또한 ‘자력화’ 측면에서 “사람들이 주체적으로 자기주장을 하도록 자력화하는 잠재력”은 인권의 결정적 장점이다(조효제, 2007: 129). 이로 인해 건강권 접근법의 초점은 보건의료로부터 건강 상태의 통제로 전환되고 환자에 대한 인식은 질병의 피해자이자 보건의료 수혜

자에서 자신의 건강과 관련해 적극적인 의사결정 참여자로 변화된다(Yamin, 1996: 418).

셋째, 인권은 인류에 대한 최소한의 도덕적 의무 내역을 제공하고 국민국가를 초월하는 책무성 기제(a mechanism of accountability)를 생성한다(Wolff, 2012a: 16). 세계인권선언과 사회권규약에서 적절한 의무 할당이 이루어지지 않은 점은 한계지만 건강권 의무 설정은 계속 진행 중이며 인권 접근법이 의무 할당 이슈와 관련해 상당한 주목과 열린 조사를 받았기 때문에 여타 정치 철학보다는 매우 안정적으로 보인다(Wolff, 2012b: 224; Goodman, 2005: 644). 여기서 책무성이란 정부가 건강권에 대한 의무를 어떻게 수행하였는지를 보여주고 설명하고 확인시키는 과정으로서, 시정해야 할 것을 설명·제시해야 하는 법적 강제를 포함한다(Potts, 2008: 13-14). 국제 공동체에 의한 책무성 기제의 예로 유엔 인권 메카니즘을 들 수 있고, 여기에는 국가별 인권상황 정기검토(Universal Periodic Review), 국제인권조약 비준 국가의 조약 이행·준수 심의, 특정 주제나 특정 국가를 담당하는 특별절차(Special Procedures of the Human Rights Council)가 포함된다. 특정 주제의 하나로 건강권이 포함되어 있다. 일국적 차원에서도 국가인권위원회, 인권단체를 비롯한 시민사회단체, 지역사회 풀뿌리 조직에 의해 정부의 책무성 기제가 적극적으로 생성·작동될 필요가 있다.

3) 건강권에서의 3중의 난해성(難解性)

건강권이 지니는 ‘3중의 난해성’이란 ‘건강’의 난해성, ‘인권’의 난해성, ‘건강’을 ‘인권’으로 간주하는 것의 난해성이다. 이는 건강권 비판 주장에 대한 반론과 건강권의 핵심적 존재의의와 밀접하게 관련된다. 따라서 여기서는 건강권에서의 3중의 난해성을 간단히 소개하고 건강권 이해를 위한 아이디어를 도출하고자 한다.

첫째 ‘건강’의 난해성은 지식 질서와 생명유지 질서 사이의 틈 측면과 다양한 건강 결정요인 측면에서 기인하는 건강의 불확정성에서 기인하고 건강의 불확정성은 다양한 건강 개념 정의로 표출되고 있다. 이렇게 서로 다른 건강 개념은 서로 다른 건강권의 개념 형성에 영향을 미친다. 더욱이 ‘권리’나 ‘인권’으로서 건강을 이해한다는 것은 규범적 차원의 건강을 포함한다는 것이므로 쉽지 않다. 따라서 건강권은 권리 개념에 ‘건강’ 요소를 추가하여 이해할 필요가 있다. 다양한 건강 결정요인으로 인한 건강의 불확정성은 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 측면에서 건강권과 여타 권리의 관계를 검토하도록 요구한다. 지식 질서와 생명유지 질서 사이의 틈으로 인한 건강의 불확정성은 “과학에 의해 서술되는 사실의 영역 바깥에 존재하는 모든 것”이 동등한 의견의 지위를 가질 수 있도록 건강에 대한 상호 참여·협상·논의가 가능한 속의 민주적 제도에서 접근할 필요가 있다(Greco, 2004: 16).

둘째, ‘인권’의 난해성은 인권을 단일 차원의 개념으로 이해할 수 없다는 데서 연유한다고 볼 수 있다.¹²⁾ 권리는 복잡한 규범이고 이를 이해하기 위해서는 적어도 권리의 권리보유자·의무담지자·근거·내용이라는 4가지 요소를 고려해야 한다(Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 259; 조효제, 2007: 101). 제대로 된 인권으로 인정받기 위해서는 인권의 작동방식도 인권적이어야 하기 때문에 세계인권선언에 명백히 혹은 암묵적으로 제시된 인권의 작동방식인 평등과 차별금지, 법·규정에 근거한 접근방식, 자율성과 자기결정, 인도주의와 평화적 방식, 민주적 원칙(참여와 책임성), 공동체 배려와 사회 전체의 복리 고려할 필요가 있다(조효제, 2007: 99-100). 이와 일부 중첩되지만 세계인권선언과 여타 국제인권문서에서 도출된 인권 원칙(human rights principles)은 보편성과 양도불가능성, 불가분성, 상호의존성과 상호연관성, 차별금지와 평등, 참여와 포함, 책무성과 법의 지배 원칙으로 구성되어 인권 이행 지침으로 제시되어 있다(Stamford Interagency Workshop on a Human Rights-Based

12) 이보다 더한 비판으로는 인권의 의미가 모호하고 불확정적이라는 주장이며, 그 이유로 인권의 철학적 토대가 부족하다는 주장이 있다(Erk, 2011: 3-8).

approach in the Context of UN Reform, 2003: 1-2). 또한, 인권 이해에서 그것의 출발 지점인 인간 존엄성 개념과 그 의미를 사회적으로 논의·합의하기 위한 철학적·윤리적 숙의 과정도 고려할 필요가 있다. Talbott에 의하면 기본적인 인권의 도덕적 인식 과정은 지속적인 역사적·사회적 과정으로서 도덕적 추론의 상향식 중심의 균형모델¹³⁾이기 때문에 만사에 숙고하면서 지속적으로 전진하는 것이 중요하다고 주장하였다(Talbott, 2011: 62-77, 82-83).

셋째, 건강을 인권으로 간주하는 것의 난해성은 건강권 비판 주장이 지니는 직관적 호소력과 건강권 존재의의에 대한 고찰 부족에서 연유한다고 볼 수 있다. 우선 건강권 비판 주장 가운데 건강권의 모호성 측면에서는 인권의 요소와 권리의 논리구조를 통해 건강권을 검토하고 건강권 내용을 구체화하기 위한 숙의민주주의 측면에서 접근할 필요가 있다. 건강권에서의 자원희소성 문제는 자원배분 측면에서 여타 영역을 고려하는 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙과 자원배분을 위한 민주적 과정 측면에서 숙의 민주적 제도에 유념할 필요가 있다. 민주주의 약화라는 비판에서는 자력화 측면에서 권리보유자에 주목할 필요가 있고 인권 내용의 구체화 과정에서 정치적 판단과 투쟁의 개입, 적극적인 의무 보호 과정에서 사법부·정부·국가인권위원회·시민사회·권리보유자 등의 협력 등에 대한 민주주의적 접근이 필요하다. 한편, 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 인간 존엄성 강조는 건강권이 여타 인권과 함께 인간 존엄성의 필수불가결한 조건으로 선언되는 것이므로 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 측면에서 건강권 이해가 필요하다. 권력 문제의 강조는 권리보유자를 자신의 건강에 대한 의사결정 참여자로서 인식하게 되면서 민주주의적 관점을 통해 건강권을 이해할 필요가 있다. 의무와 책무성 기제는 의무담지자에 주목하고 의무담지자의 책무성 실현을 위해 민주주의적 관점에서 접근할 필요가 있다.

지금까지 살펴본 ‘건강권에서의 3중의 난해성’은 건강권을 단일 속성

13) 균형모델이란 도덕적 추론의 하향식 구조와 상향식 구조의 결합한 모델을 말한다(Talbott, 2011: 62-77).

이나 차원으로 이해할 수 없고 건강권 이해를 위해 권리의 논리구조(인권의 요소), 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙, 속의 민주주의 이론 측면에서 접근할 필요성을 보여준다.

4) 기존의 건강권 개념에 대한 논의

지금까지의 논의에서 건강권 개념은 단일 차원이나 속성으로 이해할 수 없음을 확인했다. 이러한 측면에서 기존의 건강권 개념 논의를 살펴보면 대부분 권리의 대상, 국제법 혹은 국내법의 근거 조항, 이들 근거 조항에 대한 유권해석 중 한 가지 이상을 언급하고 있기 때문에 너무 단순해서 한계가 있거나 너무 상세하여 한계가 있다.

우선 건강권 개념 측면에서 권리의 대상에 대한 논의란 건강권이 ‘무엇’에 대한 권리인가에 대한 논의로서 주로 건강권의 철학적·윤리적 정당화 논의와 결합하여 이루어지고 있다. 건강권은 ‘보건의료’에 대한 권리와 동일하다는 주장에서부터 ‘보건의료를 포함하여 사회적으로 통제할 수 있는 건강의 사회적 결정요인’에 대한 권리, ‘보건의료와 건강 상태 사이의 어느 지점’에 대한 권리, ‘건강기능을 성취할 역량’에 대한 권리, ‘건강 상태’에 대한 통제를 누릴 권리까지 다양하게 주장되고 있다(Wolff, 2012a: 27; Ruger, 2010; Daniels, 2008: 145; Goodman, 2005: 644-645; Yamin, 1996: 339). 특히, 건강권의 모호성 비판을 검토한 Wolff는 건강권을 건강에 대한 표준적 위협으로부터 보호받을 권리로서 구체화하고, 건강에 대한 ‘표준적 위협’(standard threats)의 조건으로 심각성의 충분함과 해결책의 가용성을 제시하였으며 ‘보호’에는 예방뿐만 아니라 치료적 조치에 대한 접근을 포함하였다(Wolff, 2012b: 223). 이러한 개념 정의는 단순하고 이해가 쉬운 장점이 있지만 건강권의 대상이라는 단일 요소에만 주목함으로써 일차원적이고 추상적인 개념이라는 한계가 있다.

다음으로 건강권 개념 측면에서 국제법 혹은 국내법의 근거 조항에 대한 논의는 건강권이 무엇인가라는 물음에 세계인권선언 제25조 혹은 사회권규약 제12조¹⁴⁾ 혹은 아동권리협약 제24조 혹은 대한민국헌법 제36조 제3항 등과 같은 법적 조항을 인용한다. 건강권 대상에 대한 논의보다는 건강권을 한층 더 명확하게 이해할 수 있는 장점이 있지만 법적 조항은 간결한 언어로 표현되어 그 의미가 자명하지 않기 때문에 여전히 추상성이 높은 데다 법적 관점으로만 접근하는 한계가 있다(Leary, 1994: 26). 기존 논의에서는 건강권 개념을 설명하기 위해 철학적·윤리적 관점의 건강권 대상에 대한 논의와 법학적 관점의 법적 근거 조항에 대한 논의가 함께 나타나는 경우가 많다.

마지막으로 건강권 개념 측면에서 법적 근거 조항에 대한 유권해석이란 유엔 사회권위원회의 사회권규약 제12조에 대한 일반논평이나 1995년 국내 헌법재판소의 대한민국헌법 제36조 제3항에 대한 해석 등과 같이 법적 근거 조항에 대한 권위 있는 기관의 해석을 언급하는 논의를 말한다. 건강권 개념 측면에서 이들 논의의 한계점은 법적 근거 조항을 한층 더 명확히 하려고 했지만 여전히 단순하고 추상적인 개념이거나 반대로 너무 상세해서 구조화하여 이해하기 어려운 개념이라는 점, 고도의 전문적·법적 숙의의 산물이어서 실제 한국 사회 건강권 개념을 보여준다고 보기 어렵다는 점이다. 단순하고 추상적인 개념의 예로는 보건권이 국가의 국민 건강 침해 금지 의무와 국가적 급부와 배려 요구 가능한 권리라고 본 국내 헌법재판소의 유권해석을 들 수 있다. 왜냐하면 국가 의무와 권리 대상이라는 두 가지 요소를 통해서만 보건권 개념을 구체화하고 있기 때문이다. 너무 상세해서 구조화하여 이해하기 어려운 개념의 예로는 사회권규약 제12조에 대한 유엔 사회권위원회의 유권해석을 들 수 있다. 왜냐하면 이것은 건강 가치, 건강권의 국제 근거 조항, 건강권과 여타 인권의 상호의존성, 제12조의 규범적 내용(제12조 1항에 대한

14) 유엔 사회권위원회는 일반논평 14호에서 사회권규약 “제12조 1항이 건강권에 대한 정의(a definition of the right to health)를 제시했고 제12조 2항은 당사국 의무에 대한 예시를 불완전하게나마 나열했다.”고 적시했다(Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000).

해석, 가용성·접근성·수용성·질, 제12조 2항에 대한 해석, 비차별과 평등 대우, 젠더 관점, 여성, 아동과 청소년, 노인, 장애인, 선주민, 여타 기본권의 제한), 국가 의무(법적 일반 의무, 법적 특수 의무로서 존중·보호·충족 의무, 국제 의무, 핵심 의무, 보다 우선적인 의무), 건강권 침해(발생 기전, 존중·보호·충족 의무 위반), 국가 수준의 이행(기본법 제정, 건강권 지표와 벤치마크, 구제수단과 책무성), 당사국 외 행위자의 의무 등의 하위범주들로 건강권 개념을 구체화하고 있기 때문이다(Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). 너무 상세한 나머지, 전술한 건강권 유권해석은 유엔 인권메카니즘의 하나인 건강권 특별보고관에 의해 보다 간략한 구성 틀(국제·국내 인권법, 지표와 벤치마크, 즉각적·점진적 의무, 자유와 요구자격에 대한 인식, 보건 서비스·물품·시설의 가용성·접근성·수용성·질, 존중·보호·충족 의무, 비차별과 평등, 참여, 국제 원조와 협력 책임, 모니터링과 책무성)로 제시되기도 한다(United Nations Human Rights Council, 2011). 유엔 사회권위원회나 건강권 특별보고관의 건강권 유권해석은 국내 헌법재판소의 보건권 유권해석과 달리 건강권의 다양한 요소에 대해 상세히 설명함으로써 건강권 개념을 명확히 하고 이를 구조화한 장점이 있지만 구조화 방식이 법적 관점에서 이루어져 있고 여전히 나열식 범주화가 많아서 건강권 개념으로서는 한계가 있다.

따라서 한국 사회의 건강권 개념을 비판적으로 분석하기 위해서는 국제 사회의 건강권 개념 논의에서 나타난 장단점을 고려하여 새로운 틀을 구성할 필요가 있다.

2. 건강권 개념 분석 틀

개념 분석의 한 가지 방법으로 개념의 요소와 요소들 사이의 관계 검토가 있다(Erk, 2011: 134; Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 22). 또한 건강

권 비판 주장, 건강권의 핵심적 존재의의, 건강권에서의 3중의 난해성에서 도출한 개념 분석의 아이디어는 단일 속성이나 차원으로 건강권을 이해할 수 없고 권리의 논리구조(권리 개념, 인권 요소)와 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙, 속의 민주주의 이론 측면에서 접근한다는 점이다. 이러한 측면에서 관련 문헌을 고찰한 결과, 건강권 개념 분석을 위한 틀은 다음 <그림 2>와 같이 건강권의 요소, 건강권과 여타 인권 사이의 관계, 건강권 개념의 평가 기준이라는 세 가지 하위 집합으로 구성하였다.

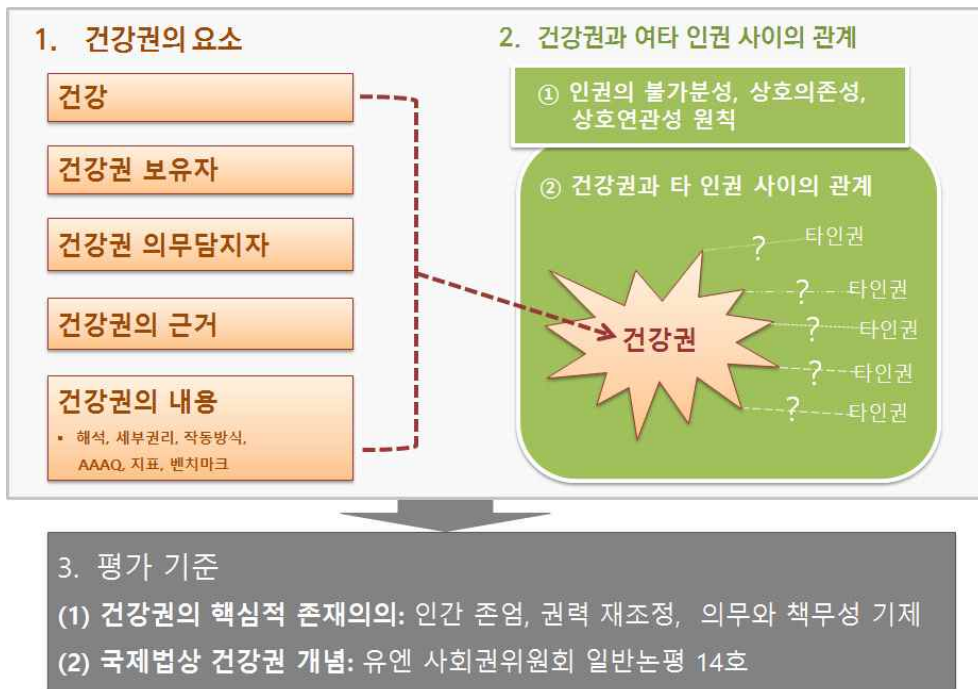


그림 2. 건강권 개념 분석 틀의 구성

1) 건강권의 요소

Christian Erk, James W. Nickel, 조효제의 논의를 고찰한 결과, 건강권 개념 분석을 위해 다섯 가지 건강권 요소인 건강, 건강권 보유자, 건

강권 의무담지자, 건강권의 근거, 건강권 내용이 필수적임을 확인하였다. 그리고 건강권 요소 사이의 관계는 이론적으로 사전 구조화하기보다 데이터 분석을 통해 양적, 질적으로 제시할 필요가 있다.

우선 건강권 요소 중 ‘건강’은 Erk가 건강권(human right to health) 개념¹⁵⁾을 ‘건강’(health), ‘인간’(human), ‘권리’(rights)¹⁶⁾의 3요소로 나눈 것에서 차용하였다(Erk, 2011: 16-19, 134). 여기서 Erk는 건강의 본질(essence)을 규범(norm), 상태(state), 습관(habit)의 세 부분으로 나누었다(Erk, 2011: 300). 이것은 건강 이론으로서 그 핵심적 요소를 명확히 해준 측면에서 유익하지만 너무 정밀하므로 이 논문의 건강 개념 분석 틀로는 적합하지 않으므로 ‘건강’ 요소만 취하였다.

다음으로 건강권 요소 중 ‘건강권 보유자’, ‘건강권 의무담지자’, ‘건강권 내용’은 Erk의 권리 개념, Rumbold의 건강권 개념 분석, Nickel의 권리 개념, 조효제의 권리의 논리구조에서 공통된 세 가지 요소로서 도출하였고 ‘건강권 근거’는 권리의 논리구조에서 ‘권리의 근거’에서 차용하였다. Erk는 건강권 개념의 ‘건강’, ‘인간’, ‘권리’의 3요소 중에서 권리 개념은 사람(권리보유자), 행위 서술(권리 내용), 또 다른 사람(의무담지자)으로 구성되는 관계라고 하였다(Erk, 2011: 143-148). Rumbold는 건강권 개념을 건강권의 내용(content)과 건강권의 범위(scope)로 나누고, 건강권의 범위를 다시 권리보유자와 의무담지자로 나누었다. 여기서 건강권의 내용이란 ‘무엇’에 대한 권리인지 측면에서 그 ‘무엇’에 해당한다(Rumbold, 2015: 2, 5). Nickel은 인권에서 권리 개념의 중요성을 인정하면서 권리는 권리보유자, 권리 내용, 의무담지자, 권리의 비중(weight)이란 네 가지 요소로 구성된다고 보았다(Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 22-24).¹⁷⁾ 여기서 권리의 비중이란 권리가 다른 고려사항(consideration)

15) Erk는 건강권과 같은 특정 인권의 의미가 법적 내용과 더불어 철학적 정당화·구체화에 의해 결정된다고 보기 때문에 철학적 토대가 부족한 건강권은 개념이 불명확할 수밖에 없다고 본다(Erk, 2011: 12-13).

16) Erk는 권리(rights)가 권리와 의무(duties) 개념의 파생물(derivatives)이라고 본다(Erk, 2011: 134)

17) 역자인 조국은 ‘권리보유자’, ‘권리 내용’, ‘의무담지자’ 대신 ‘권리주체’, ‘권리의 적용영역 또는 객체’, ‘권리대상자 또는 의무부담자’라고 번역하고 있으나, 이 논문에서는 용어 사용의 일

과 충돌할 경우의 우선순위와 연관되는 것이므로 이 논문의 건강권 개념 분석 틀에는 적절하지 않다(Rumbold, 2015: 3-4; Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 24-26). 조효제는 권리가 흔히 “권리보유자가 의무담지자에게 권리의 근거를 이유로 권리의 내용을 요구한다”는 논리구조를 가진다고 하였다(조효제, 2007: 101).¹⁸⁾ 여기서 ‘권리의 근거’란 권리의 근거가 되는 도덕, 법, 계약, 조직체의 규칙 등 다양한 규범체계를 말한다(조효제, 2007: 101; Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 31).

지금까지 기술한 다섯 가지 건강권 요소는 하위범주들을 포함한다. 건강권 개념의 체계적 분석을 위해 이들 하위범주를 분석 틀에 포함하였다. 첫째, 건강권 요소 중 ‘건강’은 건강권의 윤리적 정당화와 개념적 정당화 측면에서 건강 가치와 건강 개념이라는 하위 범주를 포함한다. 건강 가치와 건강 개념은 유엔 사회권위원회의 일반 논평 14호에도 적시되었다.

둘째, 건강권 요소 중 ‘건강권 보유자’는 ‘누가’ 건강권을 보유하는가의 문제와 자력화 문제를 포함한다. 즉, 자격과 자력화라는 두 가지 하위 범주를 포함하였다.

셋째, 건강권 요소 중 ‘건강권 의무담지자’는 존재, 의무 내역이라는 하위 범주가 존재한다. 의무 내역의 경우 다음 <표 1>과 같이 점진적·즉각적 의무, 존중·보호·충족 의무, 핵심의무 등의 체계적인 유형이 존재한다(Asher, 2009: 54-61; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). <표 1>에 총망라하지 않았지만 유엔 사회권위원회 일반논평 14호에는 의무 유형에 따라, 혹은 의무 유형과 무관하게 언급되는 구체적인 의무내역이 제시되어 있다(Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). 이러한 의무담지자의 의무 내역은 논리 상 건강권의 내용에 해당하기도 한다.

관성을 위해 앞서 사용하던 용어로 사용한다(Nickel, 조국 역, 2010: 22-23).

18) 조효제는 『인권의 문법』(2007) 101면에서 A를 ‘권리의 주체(rights-holder)’, B를 ‘의무의 주체(duty-bearer)’라고 기술하였지만, 이 논문에서는 일관된 용어 사용을 위해 권리보유자, 의무담지자로 변경하였다. 참고로 조효제 역시 『인권의 지평』(2016)에서는 권리 보유자, 의무담지자란 용어로 기술하고 있다(조효제, 2016: 36).

표 1. 건강권 의무담지자(당사국)의 의무 유형과 의무 내역

유형1. 즉시이행 의무와 점진적 의무

■ 즉시이행 의무

발전단계나 심각한 재정적 한계와 무관하게 모든 국가가 즉시 이행해야 함

■ 점진적 의무

국가의 자원이 허락하는 한 최대한의 건강권 실현을 달성하기 위한 조치를 점진적으로(전향적이고 지속적으로) 취해야 함

유형2. 존중할 의무, 보호할 의무, 실현할 의무

■ 존중할(respect) 의무

국가가 국민이 향유하는 건강권 제한하거나 직간접적으로 저해하는 조치 금지

■ 보호할(protect) 의무

국민의 건강권이 제삼자에 의해 침해당하지 않도록 필요한 모든 조치 취할 것

■ 실현할(fulfill) 의무

국가가 건강권의 완전한 실현을 위해 적절한 입법, 행정, 예산, 사법, 홍보 및 기타 조치를 채택

기타 유형

■ 핵심의무

- 보건시설·물품·서비스에 대한 비차별적 접근
- 영양적으로 적절하고 안전한 최소한의 필수적 식량에 대한 접근
- 기본적 안식처·주거·위생시설에 대한 접근과 안전한 물의 적절한 공급
- 필수약품 제공
- 모든 보건 시설·물품·서비스의 공평한 분배
- 유행병에 관한 증거를 기초로 국가 공중보건전략 및 행동계획의 채택과 실행, 참여적·투명한 과정에 의한 정기적 검토

■ 보다 우선적인 의무

- 생식 건강과 모성 건강 및 아동 건강 보장
- 공동체 내 주요 전염병에 대한 면역조치 제공
- 유행병 및 풍토병 예방·치료·억제 조치 채택
- 공동체 내 주요 건강 문제 관련 교육 및 정보 접근성 제공
- 건강과 인권에 관한 교육 등 보건 종사자를 위한 적절한 훈련 제공

사회권규약 제12조 2항

- 이 규약 당사국이 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위해 취할 조치에는 다음 사항을 위하여 필요한 조치가 포함된다.
- 사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육
- 환경 및 산업 위생의 모든 부문 개선
- 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료, 통제
- 질병 발생 시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건 조성

*출처: Asher(2009), Committee on Economic, Social and Cultural Rights(2000)

넷째, 건강권 요소 중 ‘건강권 근거’는 도덕, 국내법, 국제법 등 다양한 형태와 수준으로 존재한다(Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 56). 이 논문에서는 개념의 복잡성을 최소화하기 위해 건강권의 법적 근거로 한정한다. 그리고 건강권의 법적 근거는 국제적 근거와 국내적 근거로 나누었다.

다섯째, 건강권 요소 중 ‘건강권 내용’은 그 내용이 광범위하기 때문에 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호를 바탕으로 건강권에 대한 해석, 건강권의 세부권리, 건강권의 작동방식, 가용성(Availability)·접근성(Accessibility)·수용성(Acceptability)·질(Quality), 건강권 지표와 벤치마크로 세분화였다(Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000).

먼저 ‘건강권 내용’ 요소 중 ‘건강권에 대한 해석’은 2000년 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 자유와 요구자격을 포함하는 권리나 건강에 필요한 시설·재화·서비스·조건을 누릴 권리라는 해석, 1995년 대한민국 헌법재판소의 국가의 국민 건강 침해 금지 의무와 국가적 급부와 배려 요구 가능한 권리라는 해석 등이 존재한다. 이 외에도 다양한 해석이 존재할 수 있기 때문에 하위범주는 구체화하지 않았다.

다음으로 ‘건강권 내용’ 요소 중 ‘건강권 세부권리’는 건강권 주장의 핵심이므로 다양하다. 다양한 세부권리를 체계적으로 분석하기 위해 Rumbold의 ‘건강권 내용’의 분류 틀과 Nickel의 인권 분류 기준을 수정하여 분석 틀에 포함하였다. 우선, Rumbold는 건강권 내용을 크게 적극적 건강권과 소극적 건강권으로 범주화하고, 적극적 건강권은 다시 절차(procedure) 요구와 실체(substance) 요구로 구분했다. 절차 요구는 다시 우선순위 방식과 제도 방식으로 나누고, 실체에 대한 요구는 다시 건강할 권리(right to be healthy)와 건강 관련 프로그램의 특정 묶음에 대한 권리로 나누었다. 건강 관련 프로그램의 특정 묶음에 대한 권리는 다시 충분성 차원과 보장 조건의 정교화 차원으로 세분하고, 후자를 목록화 방식과 결정규칙 방식으로 구분했다(Rumbold, 2015: 4-12). 하지만 Rumbold는 건강권을 청구권으로 간주했기 다음 <그림 3>과 같이 자유권 범주를 추가하여 수정하였다.

건강권 세부 권리



그림 3. 건강권 세부권리에 대한 Rumbold 분류 틀의 수정

한편, 전술한 Rumbold의 분류 틀은 세부권리의 특성을 여러 층위와 차원으로 체계적으로 유형화하여 보여주는 데 유익하지만 구체적으로 세부권리가 어떤 화제를 다루고 있는지 유형화하여 보여주는 데 한계가 있다. 따라서 이를 보완하기 위해 Nickel의 인권 분류 기준을 활용하고자 한다. 여기서 인권의 일곱 가지 군(群)은 다음 <표 2>과 같이 안전권, 적정절차의 권리, 자유권, 참정권, 평등권, 사회권¹⁹⁾, 특별한 집단의 권리로 구성된다.

19) 사회권: 경제적, 사회적 및 문화적 권리의 축약 표현인 사회권과 다른 용어로서, Nickel은 밴 스 관념에 근거하여 생계, 기본적인 의료·보건 보장, 기초 교육에 대한 권리를 포함하고 ‘사회 보장’(social security)이란 용어가 의미하는 것처럼 ‘사회권’(social right)이라 명명함(Nickel 지음, 조국 옮김, 2010: 209).

표 2. Nickel의 인권 분류 기준

인권 군(群)	개념
안전권	생명권과 같이 살인, 집단학살, 고문, 강간 등의 범죄로부터 보호
적정절차의 권리	재판 없는 구금, 비공개 재판, 과도한 형벌 등과 같은 법체제의 남용으로부터 보호
자유권	종교의 자유, 표현의 자유, 집회·결사의 자유, 이동의 자유 등과 같은 기본적 자유를 보호
참정권	투표, 공무원으로의 종사, 대화, 집회, 항의 등과 같은 행동을 통해 인민이 참여할 수 있는 민주적 정치과정을 요청
평등권	평등한 시민의 권리, 법 앞의 평등, 차별받지 않을 것을 보장
사회권	각 개인이 생계, 건강, 교육에 대한 접근권(access)을 갖도록 정부가 보장할 것을 요구
특별한 집단의 권리	여성, 아동, 소수자, 선주민 등 특별한 집단의 문제를 제기

* 참고: Nickel 지음, 조국 옮김, 『인권의 좌표』 (2010), pp. 125-126.

다음으로 ‘건강권 내용’ 요소 중 ‘건강권의 작동방식’은 앞서 소개한 인권의 작동방식과 인권 원칙에서 비차별과 평등, 참여, 책무성 세 가지를 도출하였고 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에서 모니터링과 평가, 국가 외 행위자의 건강권 인식과 활동 두 가지를 도출하였다. 이중에서 비차별과 평등 원칙은 가용성·접근성·수용성·질에서의 비차별과 다르게 공중보건이나 보건의료에 한정되지 않고 건강권의 실현 과정에 대한 언급에 해당한다.

다음으로 ‘건강권 내용’ 요소 중 ‘가용성·접근성·수용성·질’은 공중보건과 보건 시설·물품·서비스에 대한 내용으로서 다음 <표 3>과 같은 의미를 지니고 접근성의 경우 비차별, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성이라는 네 가지 하위범주를 포함한다. 여기서 유념할 사항은 건강권의 세부권리에는 보건의료를 넘어 교육, 노동, 주거, 사회보장 등에 대한 요구가 포함되므로 가용성·접근성·수용성·질 역시 보건의료

영역을 넘어 다른 영역으로 확장될 수 있다는 점이다.

표 3. 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 가용성, 접근성, 수용성, 질

AAAQ	내용
가용성	당사국 내에 제대로 기능하는 공중보건과 보건의료 시설, 물품, 서비스, 프로그램이 충분한 양으로 이용할 수 있어야 함
접근성	당사국 관할 내에서 모든 사람이 보건 시설, 물품, 서비스에 차별 없이 접근할 수 있어야 함
• 비차별	• 보건 시설, 물품, 서비스는 모든 사람, 특히 가장 취약하거나 주변화된 인구집단에게 차별 없이 접근 가능해야 함
• 물리적 접근성	• 보건 시설, 물품, 서비스는 모든 인구집단, 특히 가장 취약하거나 주변화된 집단에게 물리적으로 안전하게 도달할 수 있는 범위 내에 있어야 함
• 경제적 접근성	• 보건 시설, 물품, 서비스는 모든 사람이 지불 가능한 수준이어야 함
• 정보 접근성	• 접근성은 건강 이슈와 관련하여 정보와 의견을 요구, 수령, 전달할 권리를 포함함
수용성	모든 보건 시설, 물품, 서비스는 비밀존중과 당사자들의 건강상태 개선을 위해 설계되어야 할 뿐만 아니라 의료윤리를 존중하고 개인, 소수자, 민족, 공동체의 문화를 존중하여 문화적으로 적절해야 하며 젠더와 생애주기의 필요에 민감해야 함
질	보건 시설, 물품, 서비스는 문화적으로 수용될 수 있어야 할 뿐만 아니라 과학적이고 의료적으로 적절해야 하며 양질이어야 함, 특히 숙련된 의료인력, 과학적으로 승인되고 유효기간이 지나지 않은 의약품과 병원 장비, 안전하고 마실 수 있는 물, 적절한 위생이 요구됨

출처: Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000)

마지막으로 ‘건강권 내용’ 요소 중 ‘건강권 지표와 벤치마크’의 경우 지표와 벤치마크의 필요성, 구체적 목록, 기타 내용으로 하위범주를 구성할 수 있다. 건강권 지표의 경우 다음 <표 4>와 같이 인권고등판무관이나 건강권 특별보고관이 제시한 구조·과정·결과 지표의 유형화가 존재하므로 이를 하위범주로 포함하고 지표가 특정 인구 집단이나 특정 분야에 대한 것인지도 하위범주로 포함하였다(The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2012: 34-38, 90).

표 4. 건강권 지표 중 구조·과정·결과 지표 유형의 내용과 예시

구조 지표(structural indicators)
<ul style="list-style-type: none"> • 인권 의무를 지키는 조치 채택하기 위한 국가의 수용, 의도, 공약을 측정 • 예시: 일반 법률과 정책, 성 건강과 재생산 건강, 필수 의약품 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 국가는 헌법에 건강권을 규정하고 있는가? ✓ 국가에는 건강권을 포함하여 권한 부여받은 국가 인권 기관이 있는가? ✓ 정부는 모성 사망을 낮추는 국가 전략과 활동 계획을 채택했는가? ✓ 정부는 필수 의약품 목록을 갖고 있는가? ✓ 의약품에 대한 의무 면허 조항이 국가 법률에 통합되어 있는가?
과정 지표(process indicators)
<ul style="list-style-type: none"> • 인권 공약을 바람직한 결과로 바꾸기 위한 국가의 정책 수단과 활동 프로그램 실행 노력을 측정 • 예시: 성 건강과 재생산 건강, HIV/AIDS <ul style="list-style-type: none"> ✓ 임신 기간 중 임신과 관련한 이유로 최소한 한 번 이상 숙련된 보건 인력이 진찰한 비율 ✓ 숙련된 보건 인력이 참석한 출산 비율 ✓ 인구 50만 명당 기초적인 필수 산과 진료가 이루어지는 시설 수 ✓ 항레트로바이러스 치료제가 조합된 것을 투약 받는 진행된 HIV 감염인 비율
결과 지표(outcome indicators)
<ul style="list-style-type: none"> • 인권 향유의 진전에서 국가 노력의 결과를 측정 • 예시: 성 건강과 재생산 건강, HIV/AIDS <ul style="list-style-type: none"> ✓ 사산아 제외한 출산아 10만 명당 모성 사망 수 ✓ 출산아 1000명당 주산기 사망 수 ✓ 여성 할례를 당한 여성 비율 ✓ 15-24세의 젊은 HIV 감염인 비율

전술한 내용을 모두 반영한 건강권 개념 분석 틀의 첫 번째 부분집합인 다섯 가지 건강권 요소는 다음 <그림 4>와 같다.

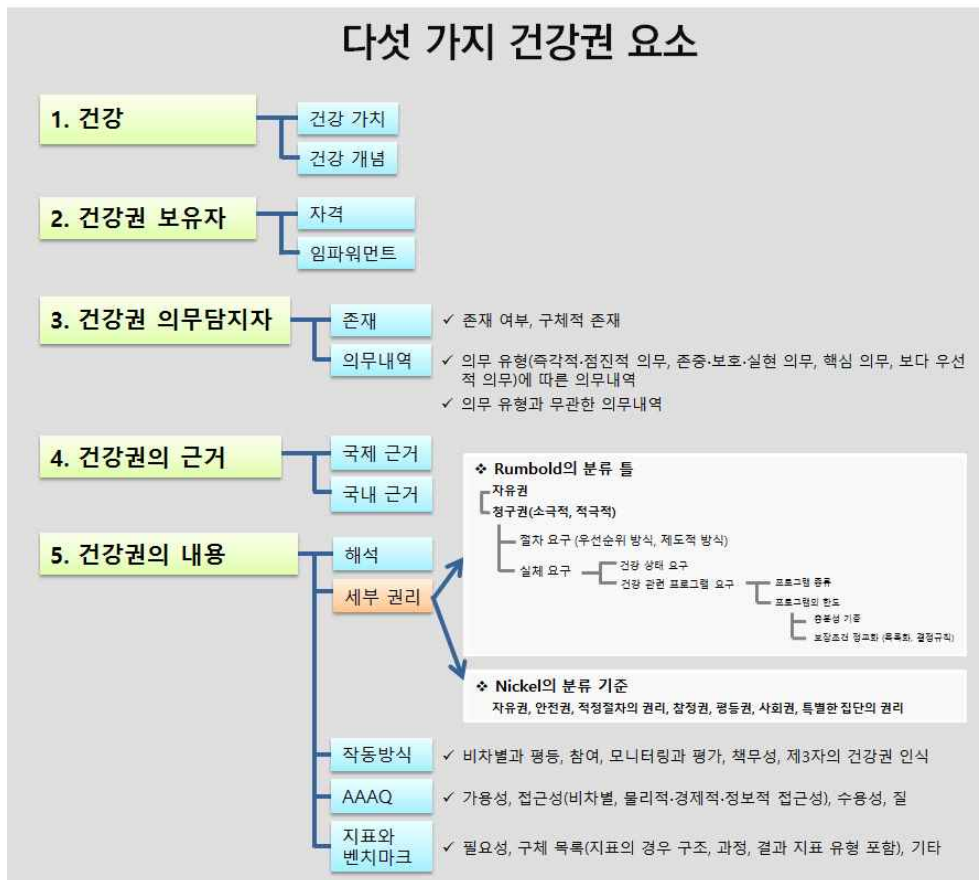


그림 4. 건강권 개념 분석 틀의 첫 번째 부분 집합 - 건강권 요소

2) 건강권과 타 인권 사이의 관계

건강권과 여타 인권 사이의 관계에 대한 주목은 개별 권리의 법적·제도적 보장이라는 인권의 도구적 역할을 넘어 건강 영역의 핵심 목표로서 인간 존엄을 상징하고 인권에 대해 전체론적·종합적으로 접근할 수 있는 개념적 틀을 제공한다. 이러한 개념적 접근은 건강 가치를 추구하는 여타 접근법이 아닌 인권 형식을 빌려 건강 가치를 추구하는 건강권 접근법에 의해서 가능하다.

(1) 인권의 불가분성 · 상호의존성 · 상호연관성 원칙의 언급

종합적 · 전체론적 관점으로 접근하기 위해서는 인권의 틀 차원에서 건강권과 타 인권 사이의 관계에 주목하는지를 살펴볼 필요가 있다. 이를 위해 인권의 불가분성 · 상호의존성 · 상호연관성 원칙 언급 여부를 포함하였다. 유엔의 공식적인 개념 설명에 의하면 인권의 불가분성 원칙이란 “인권은 분리할 수 없고 모든 권리는 동등하며 위계적 질서에 의해 순위와 우선성을 부여할 수 없음”을 의미하고 인권의 상호의존성 · 상호연관성 원칙이란 “하나의 권리 실현은 전체적 혹은 부분적으로 다른 권리의 실현에 의존함”을 의미한다(Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2006: 36).

(2) 건강권과 타 인권 · 권리 사이의 구체적 관계

건강권 개념 측면에서 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계는 광범위한 인권 범주(예, 자유권, 사회권 등)가 아닌 개별 권리와 건강권이 맺는 관계로 한정한다. 이러한 관계를 구체적으로 분석하기 위해서는 전술한 유엔의 공식 개념 외의 다른 개념을 검토함으로써 조작적 정의를 도출할 필요가 있다.

우선, 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙을 각기 구분하여 살펴보면 인권의 불가분성 원칙은 개별 권리 사이에서 양방향의 강력한 지원(supporting) 관계를²⁰⁾ 의미하기도 한다(Whelan, 2008: 6-9). 인권의 상호의존성 원칙은 하나의 권리 향유에 여타 권리의 향유가 필수적이라

20) 관계란 이로운 지원도 생성할 수 있지만 동시에 손상(damage), 위해(harm), 위험(risk)을 생성할 수도 있기 때문에, ‘지원 관계’는 이로움이 해로움보다 우세한 관계로서 두 개의 권리 중 하나가 또 다른 권리의 기능(functioning)이나 안정성(stability)에 기여할 때 존재한다(Nickel, 2008: 987, 989).

는 의미와 양방향의 강력한 지원 관계를 제외한 나머지 지원 관계를 의미하기도 한다(Nickel, 2008: 989; Whelan, 2008: 2; Darrow & Tomas, 2005: 504). 인권의 상호연관성 원칙은 제도와 절차 측면의 서로 닮은 방식에 대한 것, 모든 인권의 개념적·기능적 연결, 개별 인권의 고립적인 실현 불가능을 의미하기도 한다(Whelan, 2008: 3-4, 10; Darrow & Tomas, 2005: 504). 하지만 이 논문에서는 건강권과 여타 인권 사이의 관계가 불가분성·상호의존성·상호연관성 중 어디에 해당하는지를 구분하는 것이 초점은 아니다. 따라서 세 가지 원칙의 의미 구분을 유지하되 가장 포괄적으로 묶을 수 있는 개념으로서 건강권과 여타 인권·권리 사이의 개념적, 기능적, 제도적, 절차적 연결이라고 조작적으로 정의한다.

기존 국제 문서나 연구에서 다룬 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계는 세 가지 흐름으로 구분할 수 있다. 우선, 유엔 사회권위원회의 일반 논평 14호에 적시된 관계로서 “건강권은 식량권, 주거권, 노동권, 교육권, 인간 존엄, 생명권, 차별금지, 평등성, 고문금지, 프라이버시권, 정보 접근권, 결사·집회·이동의 자유를 포함한 국제인권장전의 여타 인권 실현과 밀접히 연관되고 의존한다. 전술한, 그리고 다른 권리와 자유는 건강권의 필수적 구성요소를 다룬다.”는 흐름이다(Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). 건강권과 관계를 맺는 구체적 인권·권리 목록은 등장하지만 관계의 구체적인 형태는 제시되지 않았다.

두 번째 흐름은 특정 권리 사이의 관계에 초점을 둔 연구들이다. 오염된 식품·의약품에 의한 사망 사례를 통한 건강권과 생명권의 연결, 의약품 발전과 관련하여 과학적 진전을 향유할 권리와 건강권의 연결, 무역관련 지적재산권에 관한 협정(TRIPs)과 관련하여 지적재산권의 건강권에 대한 영향, 발전과 관련하여 발전권과 건강권의 상보적 관계가 존재한다(Donders, 2011: 379; Kolawole, 2011: 98-102; United Nations Human Rights Council, 2011: 9; United Nations Human Rights Council, 2009: 8-10). 하지만 연구가 극소수에 불과해서 인권·권리 목록

이 다양하지 않고 관계의 구체적 형태를 개념적으로 유형화하기 어렵다.

세 번째 흐름은 인권의 상호의존성과 상호연관성의 기전을 구체화한 것이다. 하나의 권리(A)를 존중·이행하는 것이 다른 권리(B)의 실현 증진으로 이어지는 기전은 (1) A가 B의 위협에 대항, (2) A가 B의 침해 시정, (3) A가 B의 이행 위한 제도·절차 보호, (4) 권리주체 역량 개선이라고 한다(Nickel, 2008: 988). 이것은 관계의 구체적인 형태를 유형화하고 있어서 의미가 있지만, 주로 법적인 관계이면서 긍정적인 관계만을 유형화하고 있기 때문에 한계가 있다. 따라서 이 논문에서는 건강권과 여타 인권·권리 사이 관계의 구체적 형태를 미리 유형화·범주화 하지 않고 내용 분석을 통해 귀납적으로 도출하고자 한다.

3) 건강권 개념의 평가 기준

건강권 개념으로서 현실에서 언급된 건강권 요소와 건강권과 여타 인권 사이의 관계는 건강권의 핵심적 존재의의와 국제법상의 건강권 개념 측면에서 평가할 필요가 있다. 그래야 인권 형식을 빌려 건강 가치를 추구하는 의의가 제대로 반영되었는지 확인할 수 있고 사이비 건강권 개념과 구분할 수 있기 때문이다.

앞서 다루었듯이 건강권의 핵심적 존재의의는 인간 존엄성을 강조하는 점, 건강이나 질병의 생성·분포와 사회적 상태를 규정하는 권력에 주목하고 그러한 권력 관계를 재조정하는 데에 관계하는 점, 건강권을 위한 최소한의 도덕적 의무 내역과 책무성 기제를 생성하는 점 세 가지다. 이러한 측면에서 건강권은 보건의료나 이를 포함하는 건강의 사회적 결정요인에 대한 권리로 해석되기보다 건강기능을 성취할 자유(capability, freedom)나 자신의 건강에 대한 통제(control)를 누릴 권리로 이해하는 것이 합당하다. 여기서 건강 개념은 사람들 삶의 구성물이자 다차원적인 구성개념으로 이해될 수 있고 건강권은 이러한 건강 관념

에 대한 통제까지 포함할 필요가 있다.

보다 현실적인 평가 기준을 위해 현실 사회에서 구축된 국제법상의 건강권 개념을 두 번째 평가 기준으로 포함하였다. 국제법상의 건강권 개념이란 사회권규약 제12조와 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호를 중심으로 한 국제인권규범을 의미한다. 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호는 건강권이 인간의 존엄한 삶에 도움이 된다는(conducive) 도구적 측면에서 인간 존엄을 강조하고 있지만 건강권을 통해 건강 영역에서 인간 존엄을 핵심 목표에 두려는 내재적·표출적 측면의 관점은 부족하다. 또한 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호는 건강권의 핵심적 존재의의에 비해 건강에 대한 통제 혹은 권력과 지위의 분배측면에서 덜 전향적인 입장을 보이고 있다. 물론 건강권을 해석함에 있어서 건강과 몸을 통제할(control) 권리를 포함한 ‘자유’(freedom)를 적시하였고 건강권 해석 시의 중요한 측면이나 전체 내용에서 모든 건강 관련 의사결정에의 시민 참여를 강조했다. 하지만 건강과 몸을 통제할 권리의 예시는 성적 자유와 재생산 자유에 머물러 있고 의사결정에서의 시민 참여 강조는 절차적 차원에 머물러 궁극적 차원의 건강권 보유자 임파워먼트 관련 내용은 거의 언급되지 않았다. 또한 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호는 협소한 건강 개념을 보이고 있다. 물론 건강 관념이 보건의료뿐만 아니라 기초적 건강 결정요인, 사회경제적 요소, 자원 분배와 같은 더 많은 건강 결정요인 고려 등으로 확장되어 왔고 새로 출현하는 건강 관련 도전과제를 고려해야 한다고 명시한 것은 유의미하다. 하지만 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 건강 관념에 대한 통제까지 포함하는 건강 개념에 비해 협소하다. 마지막으로 일반논평 14호는 2000년 발표 이전의 당사국 보고서를 심사한 유엔 사회권위원회의 경험에 기반을 둔 유권해석이므로 이후의 경험과 실천이 반영되지 않은 한계가 있다.

그럼에도 국제법상 건강권 개념은 국내법상의 건강권 개념에 비해서는 풍부하고 진전된 유권해석이다. 왜냐하면 앞서 언급했듯이 건강권을 해석함에 있어서 건강 보호 제도에 대한 권리를 넘어 자유(freedom)를 포함했고, 건강 보호 제도와 관련해서도 적시의 적절한 보건의료뿐만 아

나라 기초적 건강 결정요인까지 포괄했으며, 건강권과 여타 인권 사이의 상호의존성·상호연관성을 명시했기 때문이다. 유엔 사회권위원회 일반논평 14호를 중심으로 국제법상 건강권 개념을 요약하여 정리하면 다음 <표 5>와 같다.

표 5. 2000년 유엔 사회권위원회 일반논평 14호에 나타난 건강권 요소와 건강권과 여타 인권 사이의 관계

유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 내용	
건강권 요소	
■ 건강	<ul style="list-style-type: none"> • 가치: 건강은 다른 인권의 행사 위한 필수 불가결한 기본적 인권 • 개념 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 세계보건기구 헌장 전문의 건강 정의 채택하지 않은 사회권규약 제12조 1항의 “도달 가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강”은 보건의료, 사회경제적 요소, 기초적 건강 결정요인까지 포함 ✓ 1966년 자유권규약과 사회권규약 채택 이후 건강 관념은 상당한 변화를 겪고 범위가 확장 ✓ 추후 새로운 질병, 널리 확산되는 질병, 세계 인구 급증은 제12조 해석 시 고려 필요
■ 건강권 보유자	<ul style="list-style-type: none"> • 자격 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 모든 인간은 존엄한 삶에 이바지하는 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 자격을 지님 ✓ 특별 주제로서 여성, 아동과 청소년, 노인, 장애인, 선주민의 건강권 강조 ✓ 당사국의 국제적 의무로서 난민 및 국내 실향민에 대한 비상시의 재난구호 및 인도적 지원 제공에 협력할 책임 존재 • 임파워먼트 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 전체적으로 공동체, 국가 및 국제 차원의 모든 건강 관련 의사결정에 시민 참여가 중요함을 강조

■ 건강권 의무담지자

- 당사국 의무
 - ✓ <표 1> 건강권 의무담지자(당사국)의 의무 유형과 의무 내역
- 당사국 이외의 행위자 의무
 - ✓ 모든 사회 구성원, 즉 보건전문가를 포함하는 개인, 가족, 지역공동체, 정부간기구, 비정부기구, 시민사회 조직, 민간기업부문이 건강권 실현에 대한 책임 존재
 - ✓ 관련 모든 행위자 사이의 상호작용을 증진하는 건강권 실현 위한 협동적 노력 유지 필요
 - ✓ 유엔 기구 및 프로그램의 역할 중요, 특히 세계보건기구의 기술적 지원과 협력, 아동 건강권에 관한 유엔아동기금의 기능 중요
 - ✓ 세계보건기구, 국제노동기구, 유엔개발계획, 유엔아동기금, 유엔인구기금, 세계은행, 지역개발은행, 국제통화기금, 세계무역기구, 유엔 체제 내 기타 관련 기구는 당사국과 효과적인 협력 필요, 특히 세계은행, 국제통화기금 등 국제금융기관은 건강권 보호에 한층 더 주의 기울여야 함
 - ✓ 세계보건기구, 유엔난민고등판무관실, 국제적십자사위원회, 유엔아동기금, 비정부기구, 국가의료협회 역할은 난민 및 국내 실향민에 대한 지원 등 비상상태 시 재난구호 및 인도적 지원에 특히 중요

■ 건강권 근거

- 국제 근거
 - ✓ 다수의 국제 문서에서 승인
 - ✓ 세계인권선언 제25조 1항 조문 인용
 - ✓ 사회권규약 제12조 1항과 2항 내용 명시
 - ✓ 인종차별철폐협약 제5조 (e)항 (iv), 여성차별철폐협약 제11조 1항 (f)항, 제12조, 1989년 아동권리협약 제24조, 1961년 유럽사회헌장 제11조, 1981년 아프리카인권헌장 제16조, 1988년 경제적 사회적 및 문화적 권리에 관한 미주인권협약 추가의정서 제10조, 1993년 비엔나 선언 및 행동계획은 문서명과 조항 번호만 명시
- 국내 근거
 - ✓ 부재

■ 건강권 내용

• 건강권 해석

- ✓ 건강할 권리(right to be healthy)로 이해해서는 안 됨
- ✓ 자유(freedom)와 요구자격(entitlement)을 모두 포함
 - 자유: 성적 자유와 재생산 자유와 같은 자신의 건강과 몸을 통제할 (control) 권리, 고문과 동의하지 않은 의학적 치료와 실험으로부터 자유로울 권리와 같은 간섭으로부터 자유로울 권리 포함
 - 요구자격: 도달 가능한 최고 수준의 건강을 누릴 기회의 평등을 제공 하는 건강 보호 체계에 대한 권리를 포함
- ✓ 도달 가능한 최고 수준의 건강을 실현하기 위해 필요한, 다양한 시설, 재화, 서비스, 조건을 향유할 권리로서 이해해야 함
- ✓ 적시의 적절한 보건의료 뿐만 아니라 안전한 식수, 위생, 식품, 영양, 주거, 건강한 직업과 환경 조건, 성적 건강과 재생산 건강에 대한 것을 포함한 건강 관련 교육과 정보 접근과 같은 기초적 건강 결정요인으로 확장되는 포괄적 권리, 가장 중요한 측면은 지역 사회 수준, 국가 수준, 국제 수준에서 건강 관련 모든 의사결정에 인구집단의 참여임

• 건강권 세부권리

- ✓ 사회권규약 제12조 2항은 건강권에 대한 광범위한 정의에서 비롯 되는 조치의 구체적인 일반 사례를 제시하여, 다음 항에서 예시된 바와 같이 건강권의 내용을 보여주고 있음
 - 제12조 2항 (a) 모성, 아동 및 재생산 건강에 대한 권리
 - 제12조 2항 (b) 건강한 자연 환경과 작업장 환경에 대한 권리
 - 제12조 2항 (c) 질병 예방, 치료, 관리에 대한 권리
 - 제12조 2항 (d) 보건 시설, 물품, 서비스에 대한 권리
- ✓ 지면 분량 상 생략했지만, 상기 내용 외에도 젠더 관점, 생애주기 관점, 우선순위, 비차별, 참여 등 다양한 내용 존재

• 건강권 작동방식

- ✓ 비차별과 평등 대우
 - 보건의료와 기본 건강 결정요인, 그리고 그들의 조달 수단과 요구자격에 대한 접근성에서 인종, 피부색, 성별, 언어, 종교, 정치적 혹은 기타 견해, 국적, 재산, 출생, 신체적·정신적 장애, 건강 상태, 성적 지향, 시민적·정치적·사회적·기타 지위에 따른 차별 금지

유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 내용

건강권과 관련하여 보건의료 및 보건서비스 접근에서 평등성이 강조되어야 함

✓ 참여

건강권의 가장 중요한 측면은 건강 관련 모든 의사결정에 인구집단의 참여임

국가 보건 전략 및 행동 계획을 수립, 시행할 때에는 특히 비차별과 국민 참여 원칙을 존중해야 함

✓ 모니터링과 평가

당사국은 건강권 국가 전략을 이행할 기본법 채택을 고려해야 하고 그 기본법은 국가 건강 전략과 행동 계획의 이행을 모니터링하는 국가 메커니즘을 구축해야 함

제12조의 당사국 이행 상황을 감시함에 있어 당사국과 유엔 사회권위원회가 설정한 지표와 벤치마크를 사용하여 달성되었는지 여부를 검토, 이때 발견한 문제점이 있다면 그 원인에 대해서도 살펴봄

✓ 책무성

국가보건전략 및 행동계획은 책무성 원칙에 기반을 두어야 함

건강권 실현 포함한 모든 인권의 효과적 이행에 필수적임

✓ 제3자의 건강권 인식과 활동

당사국은 건강권 실현에 유리한 환경을 조성하기 위해 민간기업과 시민사회가 건강권을 인식하고 그 중요성을 고려하도록 보장할 적절한 조치 취해야 함

국가 옴부즈맨, 인권위원회, 소비자단체, 환자권리보호단체 또는 유사 기관이 건강권 침해 사안을 다루어야 함

당사국은 건강권 실현에서 취약집단 또는 주변화된 집단을 조력할 목적으로 인권 옹호자 및 기타 시민사회 구성원의 활동을 존중, 보호, 촉진, 증진해야 함

• AAAQ

- ✓ 가용성, 접근성, 수용성, 질: <표 3> 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 가용성, 접근성, 수용성, 질

• 지표와 벤치마크

✓ 필요성

건강권 제12조의 의무에 따라 국가 전략 채택하고 정책과 그 정책에 상응하는 건강권 지표와 벤치마크 수립이 요구됨

유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 내용

✓ 구체적 목록

국가는 건강권의 여러 측면을 다루어야 하는 적절한 건강권 지표에 대한 지침을 WHO 및 유엔아동기금의 작업에서 얻을 수 있음, 보건권 지표는 사회권규약이 금지하는 차별의 근거를 구성요소로 세분화되어야 함

적절한 보건권 지표를 확정한 당사국은 각 지표에 관하여 적절한 국가 기준을 설정할 것이 요청

✓ 설정 방법

지표와 벤치마크에 대한 범위 설정 작업은 당사국과 유엔 사회권위원회의 공동 심리를 수반하며 이 결과로써 차기 보고 기간 동안 달성할 목표가 제시될 것임

건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계

■ 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙 언급 여부

✓ 건강권은 국제인권장전의 여타 인권 실현과 밀접히 연관·의존

■ 건강권과 여타 인권·권리 사이 구체적 관계

✓ 건강권은 식량권, 주거권, 노동권, 교육권, 인간 존엄, 생명권, 차별금지, 평등성, 고문금지, 프라이버시권, 정보 접근권, 결사·집회·이동의 자유를 포함한 국제인권장전의 여타 인권 그리고 다른 권리와 자유는 건강권의 필수적 구성요소를 다룸

✓ 공중보건 문제는 당사국에 의해 다른 기본적인 권리의 행사를 제한하는 근거로 이용

출처: Committee on Economic, Social and Cultural Rights(2000)

제3장 연구 방법

1. 내용 분석

한국 사회의 건강권 개념 분석을 위해 다음 <그림 5>와 같이 학술 문헌에 대한 내용분석과 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 숙의적 산물에 대한 내용분석을 수행하였다.

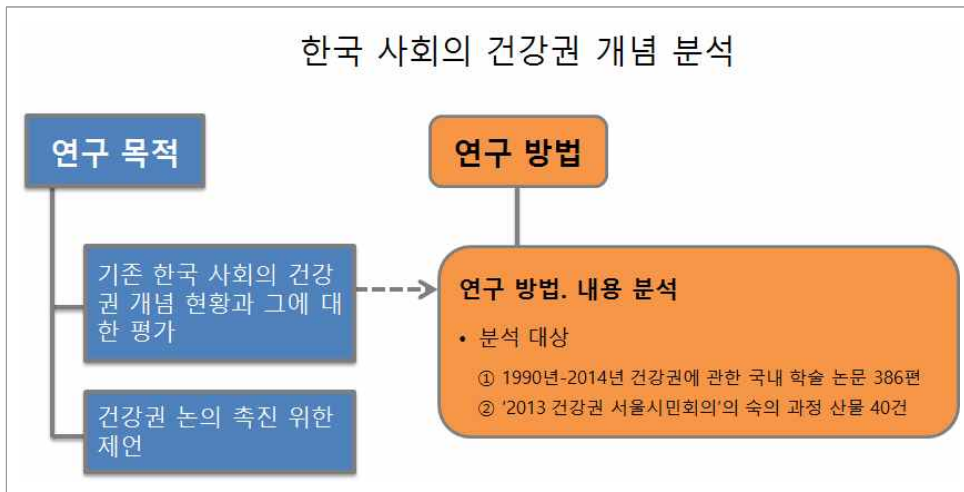


그림 5. 연구 목적과 방법

한국 사회의 건강권 개념을 분석하는 것은 관찰에 의해 수집한 자료를 분석하여 증명할 수 있는 경험적 질문이며, 경험적 질문 중에서는 상황, 과정 등을 기술(記述)하는 기술적 질문에 해당한다(남궁근, 2011:119-120). 따라서 기술적 조사 설계에 적합한 내용분석, 즉 하나의 커뮤니케이션에 담긴 총체적 내용을 연구의 관심과 관련된 특징을 보여주는 범주들로 축소하는 분석 방법을 사용한다(남궁근, 2011:330).

내용분석이란 텍스트 혹은 다른 유의미한 물질로부터 그것의 사용 맥

락을 반복 가능하고 타당하게 추론하는 연구 기법으로(Krippendorff, 2004: 18), 현상에 대한 응축되고 광범위한 서술에 도달하는 것을 목적으로 한다(Elo and Kyngas, 2008: 108). 내용분석을 양적 내용분석과 질적 내용분석으로 구분하는 것에 비판적인 견해가 있다(Krippendorff, 2004: 16, 87). 하지만 이 논문의 실제 연구 과정에서 나타난 문제 해결에 질적 내용분석의 전략이 유용하였기 때문에 질적 내용분석과 양적 내용분석의 차이를 인정하면서도 상호배타적이지 않고 함께 사용할 수 있다는 관점에서 두 가지 접근법에 대해 간략히 언급하고자 한다(Zhang and Wildemuth, 2009: 1).

양적 내용분석과 질적 내용분석의 주된 공통점은 유사한 데이터 조각을 묶는 일관된 코드(codes)²¹⁾의 집합을 사용하는 것이고 주된 차이점은 코드 생성 절차와 빈도수를 사용하는 방식이다(Morgan, 1993: 114-115). 이를 종합하여 살펴보면, 내용분석의 한쪽 극단에는 사전에 결정된 코드로 시작하여 기계적 검색 절차를 통해 나온 빈도수로 분석을 종료하는 양적 내용분석이 있고, 다른 한쪽 극단에는 데이터 그 자체에서 출현한 코드를 사용하여 데이터를 신중히 읽어서 나온 빈도수는 그 패턴을 발견하여 데이터 해석에 사용하는 질적 내용분석이 있다(Morgan, 1993: 116). 그리고 양 극단 사이에 광범위한 중간지대가 존재한다(Morgan, 1993: 116-120).

이 연구의 내용분석은 코드 생성 절차 측면에서 초기에 기존 문헌에서 코드를 도출했지만 이후 전체 논문의 4.9%에 대한 예비조사를 통해 최종적으로 코드를 확정했고²²⁾ 분석 대상에 최종 코드를 적용하였을 때

21) 코드(codes)란 연구에서 수집된 서술적 정보나 추론적 정보에 대해 의미 단위를 지정하기 위한 태그나 라벨을 의미한다(Miles and Huberman, 1994: 56).

22) 초기의 코드가 어떻게 개발되는지에 따라 질적 내용분석을 전통적(conventional), 지시적(directed), 총합적(summative) 접근법으로 구분하는 입장이 있다(Hsieh and Shannon, 2005: 1277). 이중 전통적 접근법은 기존 이론이나 연구가 제한적일 때 데이터 분석 과정에서 데이터로부터 코드가 도출되고, 지시적 접근법은 기존 이론이나 연구로부터 초기의 코드를 도출한 후 데이터 분석과정에서 수정·추가하여 최종 개발하며, 텍스트 안의 특정 단어나 내용을 확인하고 정량화하여 사용법을 탐색하는 총합적 접근법은 그 단어나 내용을 연구자 관심이나 문헌 고찰로부터 도출한다(Hsieh and Shannon, 2005: 1283, 1286). 이 연구에서 코드는 초기에 기존 문헌에서 도출하고 이후 예비조사를 통해 최종 확정하였기 때문에 질적 내용분석의 지시

분석 대상을 주의 깊게 읽기 위한 수단으로 기계적 검색을 사용했다. 또한 빈도수의 사용 방식 측면에서 분석 결과 나타난 빈도수는 1990년부터 발표된 건강권에 관한 국내 학술 논문의 추세, 특성, 건강권 명명(命名) 현황을 확인하고 해석하기 위해 사용하였다.

전체 연구 과정은 다음 표와 같이 사전준비, 단위구분, 분석대상 선정, 코딩, 축약, 추론, 서술로 구성된다.²³⁾ 물론 이들 과정은 선형적으로 이루어지지 않고 특정 과정을 되풀이하거나 건너뛰기도 하였다(Krippendorff, 2004: 85). 건강권에 관한 국내 학술 문헌 내용분석 과정에서 단위 구분, 분석대상 선정, 코더 안정성 평가를 제외한 과정은 ‘2013 건강권 서울시민회의’와 공유된다.

표 6. 건강권 관련 학술 논문에 대한 내용분석의 과정

연구 과정	연구 내용
사전준비	내용분석 방법론과 건강권에 대한 문헌 고찰
단위구분, 분석대상 선정*	분석대상 논문 검색, 연구 설계
코딩, 축약	코딩표와 코딩지침 개발, 예비조사
	코딩, 코딩 재검토
	코더 안정성 평가
축약, 추론, 서술	코딩 산출물 분석
	글쓰기

*분석대상 선정은 다음 절의 수집 방법에서 서술함

(1) 사전준비

필자와 외부 코더 2인이 포함된 모임에서 단행본 *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology* (Krippendorff 2004)와 『미디어메세지 분석 - 양적 내용분석방법을 중심으로』 (Riffe et al. 2011)를 통해 내용분석 방법론에 대한 세미나를 수행하였다. 또한 필자와 외부 코더 2

적 접근법에 해당한다고 볼 수 있다.

23) Krippendorff는 내용분석의 구성요소로 단위구분(unitizing), 표집(sampling), 기록(recording)·코딩(coding), 축약(reducing), 가추적 추론(abductively inferring), 서술(narrating)을 언급했다(Krippendorff, 2004: 83-86)

인이 포함된 다른 모임에서 인권(이론, 이념, 정치)과 건강권(국제법상 건강권, 유엔 경제적, 사회적 및 문화적 권리 위원회 일반논평 14, 헌법상 건강권, 건강과 인권, 건강권 비판, 논쟁점 등)에 대한 문헌 세미나를 수행하였다. 필자의 경우 전술한 두 가지 모임에서 고찰하지 않은 내용 분석 방법론 관련 문헌이나 인권·건강권 관련 문헌을 추가적으로 고찰하였고 이를 통해 초기의 연구 과정 설계와 코딩표, 코딩 지침을 개발하였다.

(2) 단위구분(unitizing)

단위(units)는 독립적 요소로서 구분하고 취급하는 모든 것이다(Krippendorff, 2004: 97). 하지만 단위의 유형 분류는 학자마다 다소 상이하다. 국내 학술 논문 분석에서는 Riffe 등(2011)의 분류²⁴⁾를 수정하여 선택 단위(selecting unit), 코딩 단위(coding unit), 맥락 단위(context unit), 분석 단위(analysis unit)로 구분하고 아래 표와 같이 조작적으로 정의하였다.

‘2013 건강권 서울시민회의’ 분석에서 선택 단위는 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 진행 단계별로 작성하도록 요청된 개별 건강권 주장이며 이는 분석 단위와 동일하고, 분석대상 선정과도 동일하다. 또한 코딩 단위는 의미가 구분되는 문장(들), 절, 구, 단어이며 맥락 단위는 선택 단위(분석 단위)와 개별 선택 단위가 생성된 전후의 ‘2013 건강권 시민회의 진행경과’와 행사 사회자의 대본이다.

24) Riffe 등은 표집 단위(sampling unit), 기록 단위(recording unit), 맥락 단위(context unit), 분석 단위(analysis unit)로 분류하였다(Riffe et al. 지음, 배현석·배은결 옮김, 2011: 109-114)

표 7. 건강권에 관한 학술 논문에 대한 내용분석의 단위구분

단위	조작적 정의	이 연구에서의 적용
선택 단위	분석 대상 선택의 물리적 단위	• 개별 논문
코딩 단위	코딩 과정에서 분류될 내용의 구성요소로서 가장 작은 단위	• 대부분 문장(들) • 일부는 숫자, 단어, 구
맥락 단위	내용을 코드에 분류하는 과정에서 검토해야 할 맥락을 연구자에게 암시해주는 구성요소	• 1차 맥락 단위: 논문 초록 • 2차 맥락 단위: 건강권 용어 출현 지점 전후 각 1-2 단락
분석 단위	통계적으로 분석되는 단위 혹은 축약·서술을 위한 단위	• 코딩 단위 • 선택 단위

(3) 코딩표와 코딩 지침

코딩표(coding scheme)는 체계적이고 과학적인 코딩이 되도록 모든 코더의 코딩 과정을 단일하게 만드는 노력이다(Potter and Levine-Donnerstein, 1999: 268). 코딩표(coding scheme)는 코드²⁵⁾를 규정하는 틀로서 보통 코드명, 코드의 개념 정의, 변수값, 코딩 규칙, 예시 등으로 구성된다(Potter and Levine-Donnerstein, 1999: 270; Schamber, 2000: 738).²⁶⁾ 최종 코딩표의 세부 내용은 부록에 수록하였고 그중 코드의 구성과 코드를 도출하는 데 사용한 참고문헌은 다음 표와 같다.

25) 범주(category), 변수(variable)이라고도 할 수 있다.

26) 코딩표(coding scheme)와 유사 개념으로 평가틀(review framework), 평가를 위한 틀(framework for reviewing), 분류체계(classification system), 분석구조(analytic constructs), 코딩의제(coding agenda) 등이 존재한다.

표 8. 건강권에 관한 학술 논문의 내용분석에서 사용한 코드와 참고문헌

코드	참고문헌
문헌의 일반 사항	
<ul style="list-style-type: none"> • 일반 정보: 문헌 형태, 저자 소속, 발표 연도, 학술지 소속·유형, 연구 목적, 연구 대상(화제), 문헌의 분량, • 건강권 관련 정보: 건강권 언급(위치, 명명) • 인권의 상호불가분성 관련: 타 인권 언급, 타 인권과 건강권의 관계, 인권 원칙 	<ul style="list-style-type: none"> • “Attachment 1: The human rights based approach to development cooperation towards a common understanding among UN agencies” (UN 2003) • “General Comment 14” (UN 2000)
건강권 근거	
<ul style="list-style-type: none"> • 국제 근거: 세계보건기구 헌장, 세계인권선언, 사회권 규약, 자유권 규약, 알마아타 선언, 아동권리협약, 여성차별철폐협약, 기타 • 국내 근거: 규정헌법, 보건의료 기본법, 기타 	<ul style="list-style-type: none"> • 「사회권으로서의 건강권」(신영전 2011) • 『인권의 문법』(조효제 2007) • “Declaration of Alma-Ata” (1978) • “General Comment 14” (UN 2000) • <i>The right to health: a resource manual for NGOs</i> (Judith Asher 2004)
건강권 내용	
<ul style="list-style-type: none"> • 건강권 해석: 자유와 수급권, 시설·재화·서비스·조건을 누릴 권리, 기타 • 건강권 목록 • AAAQ(가용성, 접근성, 수용성, 질) • 작동 방식: 비차별, 참여, 모니터링·평가, 책무성, 국가 외 행위자의 건강권 인식 • 건강권 지표와 벤치마크: 건강권 지표(필요성, 분야, 범주화, 목록, 기타), 건강권 벤치마크(필요성, 내용, 기타) 	<ul style="list-style-type: none"> • 『인권의 문법』(조효제 2007) • “General Comment 14” (UN 2000) • <i>Report on indicators for monitoring compliance with international human rights instruments (11 May 2006). UN International Human Rights Instruments.</i> • <i>Human Rights Indicators: A guide to measurement and implementation</i> (UN Office of the High Commissioner for Human Rights 2012).
건강권 의무담지자	
<ul style="list-style-type: none"> • 국가 • 국가 외 	<ul style="list-style-type: none"> • 『인권의 문법』(조효제 2007) • “General Comment 14” (UN 2000). • <i>The right to health: a resource manual for NGOs</i> (Judith Asher 2004). • <i>Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt (12 January 2007). UN General Assembly.</i> • <i>Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover (12 April 2011). UN General Assembly.</i>
건강권 보유자	<ul style="list-style-type: none"> • 『인권의 문법』(조효제 2007)
건강 개념	<ul style="list-style-type: none"> • 없음

이 논문에서 초기 코딩표는 기존의 건강권에 관한 문헌에 근거하여 생성한 후 전체 분석대상의 4.9%에 대한 예비조사 과정에서 수정·삭제·추가 등을 통하여 최종 확정하였다. 이 과정에서 코딩표의 코드가 초반 192개에서 최종 63개로 대폭 감소하였고 선택지형(객관식) 코드에 비해 개방형(주관식) 코드의 비중이 49.5%에서 90.5%로 증가하였으며 의미 단위, 기록 단위가 더욱 광범위하게 변경되었다. 물론 코드 개수의 감소로 인해 코딩 피로감이 줄었지만 상세했던 코딩표를 이용한 기계적 코딩이 줄어든 대신 개방형 코드의 비중이 증가하면서 코딩 규칙에 대한 코더의 해석 정도가 확대되었고 이로 인해 코더의 역할이 증대하였다고 볼 수 있다.

한편, 코딩 과정을 규정하는 틀로서 코딩 지침(coding instruction) 역시 체계적이고 과학적인 코딩을 위한 노력의 일환이다. 보통 코딩표를 포괄하여 코딩 지침²⁷⁾이라고 하고, 앞서 코딩표는 제시하였으므로 코딩 원칙, NVivo 사용 시 유념사항, 코딩 순서 권고, 코딩에 필요한 주요 개념 및 참고 내용을 포괄하여 코딩 지침으로 명명한다. 최종 코딩 지침의 구성은 다음 표와 같고 보다 상세한 내용은 부록에 제시하였다.

표 9. 건강권에 관한 학술 논문의 내용분석에서 사용한 코딩 지침

코딩 지침	개략적 내용
코딩 원칙	<ul style="list-style-type: none"> • 코더의 자의적 판단 지양 & 문서 저자의 생각을 코딩 • 추후 분석가가 이해 가능하도록 포괄적으로 코딩 • 코딩 단위는 참고 사항 • 문서에서 건강권과 관계가 자명한 경우 코딩 • 건강권 명명을 제외하면 반복적인 내용은 한번만 코딩
NVivo 10 사용시 유념 사항	팀 작업, 단어의 일부 코딩, 한 단어 내의 글자 사이 공백, 코딩 여부 판단이 어려운 경우 관련 유념 사항
코딩 순서 권고	① 연구 대상 → ② 연구 목적 → ③ ‘건강권’, ‘보건권’, ‘건강할 권리’, ‘權’, ‘right’ 검색 → ④ 일부 명목 변수(연구 대상, 건강권 언급 위치, 건강권 지표의 분야) 코딩 → ⑤ ‘권’ 검색 → ⑥ ‘건강’, ‘의무’, ‘주체’, ‘지표’, ‘벤치마크’ 검색 * 건강권 주요 목록의 경우 메모 활용 권고
주요 개념 및 참고 내용	인권 원칙, 책무성, AAAQ, 건강권 지표의 범주화 유형 1, 국가의 건강권 의무 범주화, 국제인권법상 인정되는 인권목록, 건강권 근거 조항

27) 유사 개념으로 코드북(codebook), 내용분석 프로토콜을 들 수 있다.

(4) 예비조사

예비조사는 전체 분석대상에서 난수표를 이용하여 무작위로 추출한 19개의 논문, 즉 전체 분석대상 논문의 4.9%를 대상으로 수행하였다.²⁸⁾ 예비조사는 크게 예비조사 준비모임과 예비조사용 논문 코딩으로 나뉘고, 그 과정에서 필자는 분석 설계자이면서 동시에 코더로서 역할을 했고 보건정책관리학 전공의 박사수료생 2인이 코더로서 참여하여 총 3인의 코더가 예비조사에 참여했다. 예비조사 준비모임에서는 필자가 외부 코더 2인과 연구 목적, 방법, 대상, 코딩표, 코딩 지침을 공유하였고 예비조사용 논문 코딩에서는 필자를 포함한 코더 3인이 각기 19개 논문을 코딩하고 산출물을 비교하였다. 이러한 과정에서 초기 코딩표와 코딩 지침은 수정, 삭제, 추가 등을 거치면서 예비조사 직후에 최종 확정되었고, 코더 3인의 코딩 산출물 간 최종 일치도가 낮으면서 변이가 커서 연구 설계를 변경하는 한 가지 원인이 되었다.

또한 예비조사 과정을 통해 내용 분석의 대상이 액면 내용이 아닌 패턴 내용이 대부분임을 발견하게 되면서 코딩 업무의 특성, 코더 판단에 대한 의존 정도, 연구의 질 평가와 관련된 연구 설계를 양적 내용분석에서 질적 내용분석으로 보다 적절하게 수정·변경할 수 있었다.²⁹⁾ 한편 예비조사의 모든 과정을 기획·준비·진행·검토·피드백 했던 필자의 활동, 필자와 외부 코더 2인과의 생산적 논의는 필자의 연구 이해와 연구 역량을 증가시키고 연구의 신뢰가능성을 높이는 데 기여하였다. 특히 외부 코더 2인은 필자의 연구 설계, 코딩표, 코딩 지침 등에 대해 질의, 비평을 해줌으로써 이 연구를 명확화, 정교화 하는데 크게 기여하였다. 또한 무작위로 추출한 예비조사의 19개 논문은 전체 논문의 코딩이 완료된 직후에 다시 코딩함으로써 이때 나온 산출물을 초기 산출물과 비교하여 연구의 질 평가를 위한 코더 안정성(intraobserver stability)을 계산하는 데 이용하였다.

28) 전체 논문에 대한 코딩이 1년 6개월 정도 소요되면서 초기 분석대상 논문 선정 외에 추가적으로 2차례의 선정이 더 있었다. 초기 분석대상 논문의 5%를 예비조사 대상으로 무작위 표집하였으나 이후 2차례의 선정에서 분석대상이 추가되면서 4.9%로 그 비중이 감소하였다.

29) 내용의 유형과 관련해서는 다음 절에서 보다 상세히 다룬다.

표 10. 예비조사 준비 모임과 예비조사의 내용

코더 모임		내용
예비조사 준비 모임	1차 코더 모임 (2014.07.09.)	연구 개요(연구 목적, 연구 방법, 연구 대상, 시간 계획표), 코딩표, 코딩 지침 소개
	모임 이후	검토된 내용을 반영 → 코딩표, 코딩 지침 수정
	2차 코더 모임 (2014.08.21.)	코딩표 · 코딩 지침의 수정 사항, NVivo 10 프로그램 사용법, 예비조사 코딩용 NVivo 10 템플릿, 예비조사 문헌 30개 목록 소개
	모임 이후	검토된 내용을 반영 → 코딩표, 코딩 지침, 예비조사 코딩용 NVivo 10 수정
	3차 코더 모임 (2014.08.29.)	코딩표 · 코딩 지침 · 예비조사 코딩용 NVivo 10 템플릿의 수정 사항, 분석설계자의 예비조사용 문헌 4개의 코딩 산출물 소개
	모임 이후	검토된 내용을 반영 → 코딩표, 코딩 지침, 예비조사 코딩용 NVivo 10 수정
예비조사용 논문 코딩	4-5차 코더 모임 (2014.09.11., 09.19.)	예비조사용 문헌 7개에 대한 코더 3인의 코딩 산출물 비교 검토, 코딩 과정의 문제점 논의, 코딩 팁 소개
	모임 이후	검토된 내용을 반영 → 코딩표, 코딩 지침, 예비조사 코딩용 NVivo 10 수정
	6차 코더 모임 (2014.10.09.-10.10.)	나머지 예비조사용 문헌 코딩, 코더 3인의 코딩 산출물 비교 검토, 코딩 과정의 문제점 논의, 코딩 팁 소개
예비조사 이후		<ul style="list-style-type: none"> 초기 연구 설계의 변경(양적 내용분석 → 질적 내용분석의 지시적 접근법) 코딩표, 코딩 지침, 건강권 내용분석용 NVivo 10 템플릿 확정

(5) 코딩, 축약, 추론

앞서 언급했듯이 예비조사 과정에서 발견하게 된 중요 사항은 분석대상
의 내용이 액면 내용(manifest content)이라는 초기 연구 설계의 전제
가 틀렸고 실제로 문헌의 일반정보(문헌 형태, 저자 소속, 발표 연도, 학
술 소속 유형, 화제, 문헌 분량)을 제외하면 모두 패턴 내용(pattern
content)이라는 점이였다.³⁰⁾ 예를 들면, 건강권(right to health)에 대한

30) 내용의 유형은 액면 내용(manifest content), 패턴 내용(pattern content), 투영 내용(projective content)으로 분류되는데 이는 깔끔한 3분법이 아니라 정도의 차이이고 중첩되기도 한다. 액면 내용이란 텍스트에서 특정 단어의 출현과 같이 표면상 쉽게 관찰할 수 있는 내용이고 패턴 내용과 투영 내용은 표면 요소의 기저에 깔린 의미에 주목하는 것으로, 내용 그 자체

또 다른 명명인 보건권을 언급할 때 액면 내용은 보건권이지만 ‘right to health’ 뿐만 아니라 ‘right to health care’를 의미하는 경우도 존재하였다. 또한 텍스트의 문맥 상 건강권에 대한 내용이라는 점이 분명하였지만 텍스트 생산자가 동의하지 않는 건강권 내용인 경우도 나타났다.

이와 같이 내용의 유형에 대한 가정이 바뀔으로써 실제 코딩 작업은 텍스트를 액면 그대로 읽는 방식에서 텍스트를 맥락적이고 면밀하게 읽는 방식으로 변경되었고, 이는 구체적으로 코딩 지침의 변경으로 이어졌다. 분석 대상의 논문을 주의 깊게 읽어야 하고 전수 조사를 했기 때문에 전체 코딩은 대략 1년 5개월이 소요되었다. 2014년 9월 예비조사용 논문 코딩을 시작으로 2016년 1월 중순까지 총 386개 논문의 코딩을 완료하였다. 이때 개별 논문에 대한 코딩은 1차 코딩과 2차 코딩으로 나뉘는데, 1차 코딩은 코딩표의 범주와 그에 적합한 문헌의 내용을 연결하는 절차이고 2차 코딩은 1차 코딩의 산출물이 코딩표의 범주에 적합한지 재검토하고 적합하다면 이후 분석에 가용하도록 축약하는 절차이다. 이

에 있는 패턴에 초점을 두는 경우는 패턴 내용이고 내용의 의미에 대한 코더의 해석에 초점을 두는 경우 투영 내용이다. 이러한 내용의 유형이 중요한 이유는 코딩 규칙의 활용 정도, 이론의 역할, 코딩 업무가 달라지기 때문이다. 액면 내용일수록 코딩 규칙의 활용이 증가하고 이론의 역할은 부재하며 코딩 업무는 서기로서의 기록에 가깝다(Potter and Levine-Donnerstein, 1999: 259-268). 아래 표는 세 가지 유형의 내용을 비교하고 대조하는 내용을 제공한다.

	내용의 유형		
	액면 내용	패턴형 잠재 내용	투영형 잠재 내용
의미의 위치	독립된 내용 특성	내용 특성의 패턴	선험적 도식에 따른 수용자의 해석
이론의 역할	타당하지 않음	이론은 코딩표의 연역을 위한 기초	약한 이론으로부터 코드의 연역, 결과에서 더욱 강력한 이론으로 귀납
코딩 업무	서기로서 기록	패턴을 인지	해석을 구성
코더 훈련			
타당도	정밀도(accuracy)	정밀도(accuracy)	강력한 규범의 생성
코딩표	개념 정의에 근거한 양자택일 규칙	패턴 인지를 위한 요소에 대한 규칙	함축된 개인의 선험적 도식을 확인하는 요소에 대한 규칙
표준(standard)	객관적 기준	전문가 설정 기준	코더가 설정한 간주관적 규범
신뢰도	표준과 일치	표준과 일치	간주관성(intersubjectivity)
신뢰도 위협	코더의 피로	규칙 적용의 비일관성	코더의 선험적 도식의 넓은 범위
신뢰도-타당도 관계	신뢰도가 선행함	때때로 맞교환	둘 다 동일

* 출처: Potter and Levine-Donnerstein(1999, p. 261.)

때 컴퓨터 프로그램인 NVivo 10 학생용 버전과 NVivo 11 학생용 버전을 사용하였다.

전체 코딩 완료 후 코더 안정성을 평가하고 이후 연구문제에 대한 답을 찾기 위해 코딩 산출물에 대한 분석을 실시하였다. 이 때 코딩 산출물 분석은 연구 질문, 즉 1990-2014년 국내 학술 논문에서 건강권의 내부 개념과 외부 관계가 어떠한지를 잘 보여줄 수 있도록 축약과 추론을 행하는 절차로서 범주별, 문헌별, 혹은 그들 사이 복잡한 관계를 양적으로 혹은 질적으로 분석하였다. 이때는 컴퓨터 프로그램인 Microsoft Excel 2010을 사용하였다.

(6) 연구의 질 평가

이 연구는 질적 내용분석의 경향이 강하기 때문에 연구의 질 평가에 있어서 실증주의 패러다임의 타당도(validity)와 신뢰도(reliability) 대신 자연주의 패러다임의 신뢰가능성(trustworthiness)의 4가지 기준인 타당성(credibility), 적용가능성(transferability), 반복가능성(dependability), 근거확실성(confirmability)을 사용하였다. 4가지 기준은 실증주의 패러다임에서 사용하는 기준과 각기 대응하는데, 타당성은 내부 타당도(internal validity)에, 적용가능성은 외부 타당도(external validity) 혹은 일반화가능성(generalisability)에, 반복가능성은 신뢰도(reliability)에, 근거확실성은 객관성(objectivity)에 대응한다(Shenton, 2004: 64).

타당성은 연구자가 연구 대상인 현상에 대해 진짜 그림을 제시하고 있음을 입증하는 시도와 연결되고 적용가능성은 다른 세팅에 적용될 수 있는지 여부를 독자가 결정할 수 있게 작업의 맥락을 충분히 상세하게 제공하는 것과 연결된다. 또한 반복가능성은 연구를 반복할 수 있게 심층적인 방법론 서술과 연결되고, 근거확실성은 결과물이 연구자의 편견이 아닌 데이터에서 출현하였음을 입증하는 것과 연결된다(Shenton, 2004: 63).

신뢰가능성을 보장하기 위해 Shenton(2004)이 제안한 구체적인 전략

과 이 연구에 적합하다고 판단하여 적용한 전략은 다음 <표 11>에 제시하였다.

표 11. 신뢰가능성(trustworthiness) 보장을 위한 구체적 전략

신뢰가능성	Shenton(2004)의 전략*	이 연구에서 적용한 전략
타당성 (credibility)	<ul style="list-style-type: none"> 적절하고 잘 인식된 연구 방법 채택 Triangulation 반대 사례 분석 연구자와 상급자 간 보고 모임 프로젝트 동료의 검토 연구자의 반성적 기록물 연구 대상인 현상에 대한 풍부한 서술 이전 연구의 검토 	<ul style="list-style-type: none"> (데이터 수집, 코딩표와 코딩 지침 확정, 분석, 연구의 질 평가, 연구과정 노트 기록 등) 모든 연구 과정에 대해 기존의 내용분석 방법론 문헌에서 그 근거를 확인, 연구 맥락에 맞춰 실행 기존 문헌뿐만 아니라 예비조사 통한 최종 코딩표와 코딩 지침 확정 전수 조사 연구자와 동료, 상급자 간 소통 진행일정, 코딩 과정, 분석 과정, 연구자의 통찰력과 고민, 논점 등을 노트에 기록 글쓰기에서 최대한 풍부한 서술 위해 노력 사전 준비에서 문헌 고찰 수행
적용가능성 (transferability)	<ul style="list-style-type: none"> 연구 맥락의 구축 위한 배경 데이터 제공 연구 대상인 현상의 비교 가능성 위한 상세한 서술 	<ul style="list-style-type: none"> 글쓰기에서 최대한 풍부한 서술 위해 노력
반복가능성 (dependability)	<ul style="list-style-type: none"> 연구가 반복될 수 있게 심층적 방법론 서술 	<ul style="list-style-type: none"> 최대한 상세히 연구 과정 서술 위해 노력 코더 안정성(intracoder stability) 평가**
근거확실성 (confirmability)	<ul style="list-style-type: none"> Triangulation 연구 방법의 단점과 그 잠재적 효과에 대한 인지 심층적 방법론의 서술 감사 추적(audit trail) 증명 위한 다이어그램 	<ul style="list-style-type: none"> 전수조사 코더 안정성 평가의 단점 인정 방법론에 대해 최대한 상세한 서술 노력 데이터 중심 다이어그램과 코딩 범주 중심 다이어그램 작성***

*Shenton(2004)의 연구는 인터뷰를 통해 데이터를 수집·분석하였기에 이 연구에 부적합한 전략은 제외함

**Shenton(2004)의 권고 사항은 아님

***부록에 제시함

한편 반복가능성에 속한다고 볼 수 있는 코더 안정성은 Shenton(2004)이 권고한 전략은 아니지만, 연구의 질 평가에 필요한 것으로 판단하여 추가하였다. 코더 안정성이란 평가자의 내부 신뢰도(intra-rater

reliability)로서 한 명의 코더가 일정 시간이 경과한 후 동일한 텍스트를 다시 분석하여 일치 정도를 측정하는, 측정-재측정 방식의 신뢰도 유형이다(Krippendorff, 2004: 215; De Wever et al., 2006: 9-10).³¹⁾ 코더 안정성은 가장 약한 신뢰도 유형으로 간주되어 이것만으로는 평가에 충분하지 않고(Krippendorff, 2004: 215), 신뢰가능성 개념에서 반복가능성의 구체적 전략의 하나로서 코더 안정성을 바라볼 필요가 있다.

국내 학술 논문 분석에서는 코더 안정성 평가를 위해 코더 1인이 무작위 표본인 예비조사용 논문 19개³²⁾를 가장 먼저 코딩(2014년 9월)한 이후 나머지 전체 논문을 모두 코딩한 직후 예비조사용 논문 19개에 대한 코딩을 다시 수행하였고(2016년 1월) 그 결과 단순 일치율은 94.7%로 나타났다.

‘2013 건강권 서울시민회의’ 분석에서 코더 안정성 평가는 단기간의 코딩으로 인해 수행할 수 없었기 때문에, 장기간의 건강권 논문 내용 분석에서 축적된 코더 역량과 학술 논문의 코딩 결과를 바탕으로 코딩을 진행하였다.

2. 분석 자료

1) 수집 방법

(1) 건강권에 관한 국내 학술 논문

1990년에서 2014년까지 발행된 국내 학위논문과 학술지논문의 논문명,

31) 많이들 사용하는 신뢰도 계수인 Scott의 파이(π)와 Cohen의 카파(κ)는 명목 척도일 때 적합하고 Krippendorff의 알파(α)는 명목, 서열, 등간, 비율 척도일 때 사용 가능하기 때문에 이 연구에는 적합하지 않다(Riffe et al. 지음, 배현석·배은결 옮김 2011: 222-224).

32) 전체 논문 386개의 4.92%임, 코딩 기간이 예상보다 장기화하면서 문헌 선정을 추가로 2차례 더 수행하였고, 예비조사용 논문 19개는 코딩 시작 전에 2차 문헌 선정까지 마친 상태여서, 그 당시 분석대상 논문의 5.1%에 해당하는 비중이었으나, 3차 문헌 선정 시의 21개 논문(석사학위논문 4개, 학술지논문 17개)은 예비조사용 무작위 표집에 포함되지 못하였다. 그리고 예비조사용 논문 19개가 최종적으로 전체문헌의 4.9%가 된 것이다.

초록, 주제어, 목차 가운데 한 영역 이상에서 ‘건강권’ 혹은 ‘健康權’ 혹은 ‘보건권’ 혹은 ‘保健權’ 혹은 ‘건강할 권리’가 언급된 논문(이후, ‘건강권에 관한 학술 논문’ 혹은 ‘건강권 논문’)을 최종 분석대상으로 하였다. 문헌의 발행 시기를 1990년 1월 이후로 제한한 이유는 건강권의 중요한 근거가 되는 <경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약>이 1990년 7월 10일 국내에서 발효되어서 그 시기를 전후로 건강권에 대한 논의가 조금이나마 증가했을 것으로 가정하기 때문이다.³³⁾ 검색은 한국교육학술정보원의 학술연구정보서비스(RISS)에서 3차례 수행했다.³⁴⁾ 원문이 외국어인 경우, ‘보건권’으로 검색된 논문 중 ‘보건’의 의미가 ‘health care’인 경우이거나 ‘보건권’의 의미가 ‘right to health’가 아닌 경우, 논문이 중복된 경우 분석 대상에서 제외했다. 최종 선정 논문은 박사학위 논문 33개, 석사학위논문 124개, 학술지논문 229개로 총 386개이다. 이들 문헌은 주로 텍스트 데이터의 전자 형태이나 일부 문헌은 인쇄물 형태이다. 효율적인 연구를 위해 대표성을 갖는 최소한의 표본을 정할 필요가 있지만(Riffe et al. 지음, 배현석·배은결 옮김, 2011: 144-182) 386개의 건강권에 관한 학술 논문은 시간과 내용 측면에서 대표성을 만족시킬 수 있는 표집 기준을 찾기가 불가능하여 전수조사를 실시하였다.

(2) ‘2013 건강권 서울시민회의’의 일반시민의 숙의과정 산물

한국 사회 일반시민의 건강권 개념을 확인하기 위한 자료 수집에 숙의민주주의 이론이 기여한다. 숙의 민주주의란 대의민주주의, 자유민주주의, 참여민주주의, 직접민주주의 등의 한계를 뛰어 넘어 “자유롭고 평등한 시민들의 공적 숙의가 정당한 정치적 의사 결정이나 자치의 핵심 요

-
- 33) <경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(A규약)>은 “1989년 10월 5일 제39회 국무회의의 심의를 거치고 1990년 3월 16일 제148회 국회(임시)의 동의를 얻어 1990년 4월 10일 국제연합사무총장에게 최호중 외무부장관 명의의 가입서를 기탁함으로써 1990년 7월 10일부터 대한민국에 대하여 효력을 발생”하였다(국가법령정보센터 <http://www.law.go.kr/main.html>).
- 34) 전체 코딩 기간이 예상보다 길어짐에 따라 추가 발표된 건강권 논문을 포함하기 위해 1차 2014년 3월 10일-17일, 2차 2014년 8월 16일-17일, 3차 2015년 12월 7일에 검색을 수행하였다. 1차 검색에서 332개(86%) 논문을 선정하였고, 2차에서 34개(8.8%), 3차에서 20개(5.2%)를 선정하였다.

소라고 생각하는 일군의 견해”이다(Held 지음, 박찬표 옮김, 2013: 444-450; 이영희, 2009: 221). 여기서 숙의란 참여자들이 강제·위협·상징 조작·기만이 아닌 상호학습·토론·성찰을 통해 자신들의 판단·선호·관점을 변화시켜나가는 동태적 과정이다(조현석, 2006: 4). 이러한 숙의 방식은 특정 시점에 고정된 개인의 선호를 단순 취합하는 방식과 다르기 때문에 개인적 견해의 한계를 극복하고 공적 의사 결정의 질을 높일 수 있는 것으로 간주된다(Held 지음, 박찬표 옮김, 2013: 446, 450; 이영희, 2009: 220).

① ‘2013 건강권 서울시민회의’의 목적과 시민패널의 과제

‘2013 건강권 서울시민회의’의 목적은 “일반시민이 참여하는 숙의적 시민참여제도를 통해 한국적 맥락에서 건강권의 내용과 수준을 검토하고 그에 기초하여 서울시 쪽방주민의 건강권 현황을 평가하고 권고안을 도출하는 것”이었다. 또한 시민패널에게 공식적으로 요청한 과제는 “건강권의 내용과 수준에 대한 논의를 통해 서울시 쪽방주민의 건강권 현황을 평가하고 권고안을 마련하는 것”이었다.

② ‘2013 건강권 서울시민회의’의 관계자

‘2013 건강권 서울시민회의’에 참여한 관계자는 최종선언문을 도출한 시민패널, 자문 및 의사결정기구인 조정위원회, 강의와 질의응답을 수행한 전문가 패널, 시민패널의 토론을 촉진하는 퍼실리테이터, 서기, 실무진으로 구성된다. 시민패널은 서울시에 거주하는 비전문가 일반시민으로서, 약 3주 동안의 온라인 및 오프라인 홍보를 통해 다음 <표 12>와 같이 14명이 모집되었고, 1명의 중도 하차로 최종선언문 도출까지 참여한 시민패널은 총 13명이었다.³⁵⁾ 서울시민회의 공정성 확보를 위해 주제

35) 시민패널 모집은 언론 광고와 기사(한겨레신문 생활광고, 라포르시안), 언론 기고(프레시안), 사회관계망서비스, 각종 시민사회단체와 생활협동조합, 온라인 커뮤니티 사이트, 서울시 온라인 뉴스(서울톡톡), 관악구 H아파트 전단지 부착 광고(10여 동) 등의 온·오프라인 홍보를 통해

와 관련된 분야의 전문가나 이해관계자는 시민패널에서 배제하였다.

표 12. '2013 건강권 서울시민회의'의 시민패널 구성

	성별	연령	직업	거주지
1	여	60대	무직	강북구 돈암동
2	여		무직	동작구 사당동
3	여		무직	서초구 서초동
4	여	50대	전업주부	송파구 잠실동
5	여		무직	서초구 서초동
6	여	40대	전업주부	도봉구 쌍문동
7	여		전업주부	관악구 봉천동
8	여	30대	유학준비	동작구 흑석동
9*	여		대형병원 약사	용산구 남영동
10	남	20대	대학원준비	강남구 청담동
11	여		취업준비	마포구 공덕동
12	남		장애인활동보조인	서초구 방배3동
13	여		대학생	동작구 상도동
14	남		대학생	종로구 명륜동

주: 선정 초기 시민패널은 총 14명(남 3, 여 11), 최종 13명(남 3, 여 10명) 참가함

*개인 사정으로 중도 하차

③ '2013 건강권 서울시민회의'의 진행 경과

2013년 건강권 서울시민회의는 사전활동과 공식적인 전체 일정으로 구성된다. 2013년 9월 6일에서 10월 24일까지 이루어진 사전 활동은 다음 <표 13>와 같이 조정위원회 구성과 실무진 내부 세미나로 구성된다.

이루어졌다. 신청인은 최대 23명까지 이르렀으나 조정위원회에서 개인 사정, 연락 두절, 전문 식견이나 확고한 입장을 사유로 9인을 제외한 최종14인을 선정하였다.

표 13. '2013 건강권 서울시민회의'의 사전 활동

진행과정	일시	목적
조정위원회 구성	2013.09.06.(금) ~ 2013.10.24.(목)	개별 조정위원 방문 및 위촉 7인의 조정위원회 구성
실무진 내부 세미나	2013.10.04.(금) am10:00~pm1:00	시민참여제도 및 합의회의 관련 실무 진 세미나

사전 활동 이후 2013년 10월 26일에서 12월 14일까지 이루어진 공식적인 전체 일정은 다음 <표 14>와 같이 시민패널 모집, 1·2차 시민패널 예비모임, 양일간의 본회의로 구성된다.

표 14. '2013 건강권 서울시민회의'의 전체 일정

진행과정	일시	내용
시민패널 모집	2013.11.04.(월) - 2013.11.28.(목)	<ul style="list-style-type: none"> • 광고, 홍보 통한 시민패널 모집 • 언론 기고
1차 시민패널 예비모임	2013.11.30.(토) pm 2:00-6:00	<ul style="list-style-type: none"> • 기초 강의 (인권과 건강권, 쪽방주민 건강권 실태) • 시민패널의 조별 토론 및 전체 토론
2차 시민패널 예비모임	2013.12.07.(토) pm 2:00-6:00	<ul style="list-style-type: none"> • 동자동 소개 및 관련 발표(쪽방지역과 보건복지 현황) • 쪽방지역 방문 • 쪽방 주민과의 대화
본회의 1일째	2013.12.13.(금) am10:00-pm6:00	<ul style="list-style-type: none"> • 전문가 패널 강의(인권, 건강권, 사회보장제도) • 전체 질의·응답 • 시민패널의 개인 선언문 작성
본회의 2일째	2013.12.14.(토) am10:00-pm6:00	<ul style="list-style-type: none"> • 시민패널의 개인 선언문 발표 • 조별 토론 및 조별 선언문 작성·발표 • 전체 토론 및 최종 선언문 작성 • 최종 선언문 발표 및 폐막식

④ 분석 자료

분석 자료는 '2013 건강권 서울시민회의' 과정에서 시민패널이 직접 작성한 문서정보³⁶⁾로서, 구체적으로는 다음 <그림 6>과 같이 1차 시민패널

36) '문서정보'란 용어는 『사례연구방법』(Robert K. Yin 지음, 신경식·서아영 옮김, p. 175)에서

널 예비모임에서 시민패널이 최초 작성한 ‘건강에 필요한 것들’에 대한 메모와 조별 토론 내용, 2차 시민패널 예비모임에서 쪽방주민과의 대화 이후 조별 발표 내용, 본회의 1일째 시민패널이 작성한 개인 선언문, 본회의 2일째 시민패널의 조별 선언문과 전체 선언문을 포함한다.

여기서 분석 자료로 건강권에 대한 숙고 과정의 최종 산출물만 포함하는 것이 아니라 전체 숙고 과정에서 나타난 초기·중간·최종 산출물을 모두 포함한 이유는 이 연구의 목적이 건강권 개념에 대한 분석이라는 점, 시민회의 과정에서 나타난 시민패널의 모든 산출물이 건강권에 대한 숙고의 정도가 한국 사회의 다양한 일반시민들의 생각을 일부 반영할 것이라는 점, 그리고 1990년-2014년의 개별 건강권 논문이 자신의 화제와 목적에 따라 건강권 논리구조 및 건강권과 여타 인권과의 관계에서 그 일부분을 다루었듯이 선언문(건강권의 원칙과 기준, 쪽방주민 건강권에 대한 평가와 권고안)의 형식을 제대로 갖추지 않은 시민회의 과정의 산출물이라도 분석 대상으로서 자격을 지닌다는 점 때문이다. 따라서 다음 <그림 6>과 같이 ‘2013 건강권 서울시민회의’ 과정에서 분석 자료가 생성된 지점을 염두에 둘 필요가 있다.

여섯 가지 자료원 중 하나로 소개하고 있다.



그림 6. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 숙고 과정과 분석 자료의 생성 위치

또한 분석 자료에 대한 이해를 높이기 위해 각각의 분석 자료가 생성 될 때 시민패널에게 요청된 과제의 내용을 확인할 필요가 있다. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 모든 과정에서 행사의 사회자는 미리 작성된 대본 대로 시민패널에게 요청된 과제인 최종 선언문의 형식, 즉 건강권의 원칙과 기준 그리고 쪽방주민 건강권에 대한 평가와 권고안을 상기시켰고 시민패널 자신이 숙고한 얘기로 써줄 것을 당부하였다.³⁷⁾ 따라서 다음

37) ‘2013 건강권 서울시민회의’ 과정 내내 시민패널에게 당부했던 사항은 최종 선언문이라는 과제와 더불어 최종 선언문은 시민패널 자신의 생각을 담아야 한다는 점이었는데, 그 내용은 아래 인용문에서 잘 나타나 있다.

오늘 모임의 목적은 한국 사회에서, 혹은 전 세계에서 최초로, 일반시민이 숙의 과정을 거쳐 건강권이 무엇인지에 대해 천명하고, 그에 기초하여 쪽방주민의 현황을 평가하고 권고안을 내리는 것입니다. (중략) 어제(본회의 1일째) 강연은 주옥같은 강연이었고, 긴 시간 유익한 질의응답이 이루어진 것 같습니다. 하지만 어제 내용이 정답은 아닙니다. 이번 서울시민회의에서 중요한 것은, 원래 가지고 계셨던 생각들이, 이번 회의에서 보고 들은 정보를 바탕으로 고민과 토론 과정을 거쳐 ‘진짜 여러분이 도달하게 되는 생각과 입장’입니다. 이거는 자칫 도덕 시험처럼 좋은 얘기로 흐를 수 있는데, 그것은 우리에게도, 쪽방 주민에게도, 우리 사회에

<표 15>에서 분석 자료 1에서 분석자료 3까지는 선언문의 형식을 갖추지 않았더라도 건강권이라는 맥락에서 도출된 내용이라고 할 수 있다. 또한 본회의 1일째 최종 선언문에 대한 감을 잡기 위해 개인 선언문을 작성하도록 요청했는데, 이때 참고할 수 있는 개인 선언문의 틀로서 다음을 제시하였다. 물론 모든 시민패널이 자신의 주장을 이 틀로 한정하는 것은 아니다.

■ 건강권에 대한 선언

■ 쪽방 주민의 사례

- (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황
- (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안을 제시

도 도움이 되지 않습니다. 그리고 도덕 시험처럼 할 거였으면, 저희가 여러분들이 아닌 전문가들로 구성되어 하는 것이 더 현명했을 수도 있습니다. 그렇게 하지 않은 이유는, 이번의 주어진 과제에 정답이 없고, 그 정답은 바로 '일반시민들이 갖고 있는 삶의 경험과 생각과 상식'에 비추어 도출하는 것이 맞다고 저희들은 확신하기 때문입니다. 따라서 그런 측면에서 개인적 생각을 솔직하게 털어 놓으시고 자유롭게 토론을 하여 최종 선언문을 작성해 주십시오. 서로 솔직하게 자신의 생각을 논변하면서 이루어내는 결과가 더욱 의미 있고 값질 거라 생각합니다. ('2013 건강권 서울시민회의'의 본회의 2일째 사회자 대본 중에서)

표 15. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 시민패널에게 요청된 과제의 내용과 분석 자료

<ul style="list-style-type: none"> ■ 분석 자료 1. 1차 시민패널 예비모임의 ‘건강에 필요한 것들’에 대한 메모(15개) 1차 시민패널 예비모임에서 시민패널 상호 인사 이후 첫 번째 기초 강의 직전에 첫 번째 강연자가 ‘건강에 필요한 것들’에 대해 메모지에 작성해 줄 것을 요청
<ul style="list-style-type: none"> ■ 분석 자료 2. 1차 시민패널 예비모임의 기초 강의와 조별 토론 후 조별 발표(3개) 조별 토론에서 최종 선언문을 작성하는 데 들어갈 내용을 구체화하는 것, 즉 선언문에 들어 가야할 내용에 대한 큰 수준의 제목, 질문을 정하고 이를 최종 정리하여 조별 발표하도록 요청
<ul style="list-style-type: none"> ■ 분석 자료 3. 2차 시민패널 예비모임의 쪽방 주민과의 대화 후 조별 발표(6개) 시민패널의 과제인 선언문을 기억하면서 쪽방 주민의 삶에 충분히 공감해 주시되, 쪽방 주민으로 한정하지 말고 건강권이 무엇이어야 하고 어떤 것이어야 할지와 연결시켜 생각하기를 요청
<ul style="list-style-type: none"> ■ 분석 자료 4. 본회의 1일째 강의와 전체 질의·응답 후 작성된 개인 선언문(12개) 최종 선언문에 대한 감을 잡기 위한 작업으로 개인 선언문을 작성하도록 요청 참고할 수 있는 개인 선언문의 틀로서 건강권에 대한 선언, 쪽방 주민의 사례 (1) 쪽방주민의 건강권 보장 현황, (2) 쪽방주민의 건강권 개선을 위한 권고안을 제시 완벽할 필요는 없고 아이디어 수준이라도 괜찮으며 쉽게 호소력 있게, 일상적인 생각과 경험에서 우러나오는 말들로 작성하기를 요청
<ul style="list-style-type: none"> ■ 분석 자료 5. 본회의 2일째 조별 토론 후 발표된 조별 선언문(3개) 완성된 형태는 아니고 최종 선언문의 조별 버전과 같이 기본 스토리텔링과 개략적인 내용으로 구성하기를 요청 도덕 시험 볼 때의 좋은 얘기보다는 시민패널이 정말로 고민하고 토론한 결과로 도출되는 얘기로 작성하기를 요청
<ul style="list-style-type: none"> ■ 분석 자료 6. 본회의 2일째 전체 시민패널의 최종 선언문(1개) 최종 선언문을 위한 토론과 선언문 작성은 시민패널들이 스스로 진행하여 작성하기를 요청

2) 분석 자료의 일반적 특성

(1) 건강권에 관한 국내 학술 논문의 일반적 특성

1990년에서 2014년까지 발행된 국내 학위논문과 학술지논문의 논문명, 초록, 주제어, 목차 가운데 한 영역 이상에서 ‘건강권’ 혹은 ‘健康權’ 혹은

‘보건권’ 혹은 ‘保健權’ 혹은 ‘건강할 권리’가 언급된 논문(이하, ‘건강권에 관한 학술 논문’ 혹은 ‘건강권 논문’)은 총 386개로 나타났다. 지난 25년간 연도별 논문 발행 추이는 다음 <그림 7>과 같이 증가 추세로 나타났지만, 연평균 논문 발행 수는 15.44개로 저조하였다.

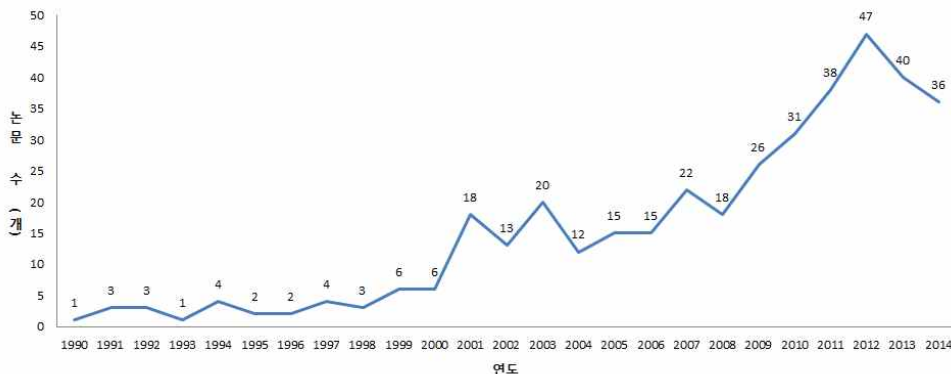


그림 7. 1990년-2014년 건강권에 관한 국내 학술 논문의 발행 추이

386개의 건강권에 관한 학술 논문을 문서 유형별로 분석한 결과, 박사학위논문이 8.5%, 석사학위논문이 32.1%, 학술지논문이 59.3%로 나타나 학술지논문의 비중이 가장 높았다. 지난 25년간의 연평균 논문 수는 박사학위논문이 1.32개, 석사학위논문이 4.96개, 학술지논문이 9.16개로 나타나 학술지논문이 가장 많았고 5년 기간별 논문 발행 추이는 다음 <표 16>과 같이 학술지논문의 증가 추세가 가장 크게 나타났다.

표 16. 5년 기간별 문서 유형에 따른 건강권 논문의 연평균 발행 수

(단위: 개/년)

연도	전체	박사학위논문	석사학위논문	학술지논문
1990~1994	2.4	0.4	1.2	0.8
1995~1999	3.4	0.0	1.6	1.8
2000~2004	13.8	0.8	4.6	8.4
2005~2009	19.2	2.4	6.6	10.2
2010~2014	38.4	3.0	10.8	24.6

386개의 건강권에 관한 학술 논문을 논문 화제에서의 건강권 비중에 따라 분석한 결과, 논문명에 건강권이 명시된 논문이 6.5%, 논문명에 특정 건강권이 명시된 논문이 13.5%, 논문명에 (특정) 건강권이 명시되지 않은 논문이 80.0%로 나타나 건강권 비중이 낮은 논문이 압도적으로 높았다. 지난 25년간의 연평균 논문 수는 논문명에 건강권이 명시된 논문이 1.08개, 논문명에 특정 건강권이 명시된 논문이 2.28개, 논문명에 (특정) 건강권이 명시되지 않은 논문이 12.08개로 나타나 건강권 비중이 낮은 논문이 가장 많았고 5년 기간별 논문 발행 추이는 다음 <표 17>과 같이 모두 증가 추세로 나타났다.

표 17. 5년 기간별 논문 화제에서의 건강권 비중에 따른 건강권 논문의 연평균 발행 수와 비중

연도	연평균 논문 수 (개/년)			연평균 논문 비중 (%/년)		
	논문명에 건강권	논문명에 특정 건강권	논문명 에 부재	논문명에 건강권	논문명에 특정 건강권	논문명 에 부재
1990~1994	0.0	0.2	2.2	0.0	6.7	93.3
1995~1999	0.2	0.4	2.8	10.0	6.7	83.3
2000~2004	1.4	3.0	9.4	11.0	24.8	64.2
2005~2009	0.6	3.0	15.6	3.6	16.9	79.6
2010~2014	3.2	4.8	30.4	8.1	12.4	79.5

주) '건강권'은 다른 표현 용어인 '보건권', '건강할 권리'도 포함

386개의 건강권에 관한 학술 논문을 본문 내 건강권 언급 위치에 따라 분석한 결과, 다음 <표 18>과 같이 본문 전체에서 건강권을 언급한 논문 30.1%, 본문을 중심으로 건강권을 언급한 논문 28.8%, 본문 일부에서 건강권을 언급한 논문 36.0%, 본문에서 건강권 언급이 부재한 논문 5.2%로 나타나 논문 화제에서 건강권이 비중이 낮은 논문이 다수였듯이 건강권 언급 위치가 본문 전체에서 나타난 논문은 소수였다.

표 18. 본문 내 건강권 언급 위치에 따른 건강권 논문의 비중

본문 내 건강권 언급 위치의 구성	논문 수 (개)	386개 대비 비율(%)	건강권 언급 위치
서론·본론·결론	116	30.1	본문 전체
서론·본론	38	9.8	본론 중심
본론·결론	73	18.9	
서론·결론	21	5.4	본문 일부
서론만	33	8.5	
본론만	64	16.6	
결론만	21	5.4	
언급 부재	20	5.2	본문 내 언급 부재

386개의 건강권에 관한 학술 논문을 저자의 소속 분야에 따라 분석한 결과, 법 26.9%, 보건 16.6%, 사회복지 13.5%, 의료 7.3%, 노동 6.5%, 행정 5.4%, 여성 5.2% 등으로 나타났다. 지난 25년간 연도별 건강권 논문의 저자 소속 분야는 점차 다양해졌고 최소 한 개 분야에서 최대 열 네 개 분야까지 나타났다. 5년 기간으로 나누어 연평균 저자 소속 분야를 살펴보면 1990년-1994년 2.2개 분야, 1995년-1999년 2.6개 분야, 2000년-2004년 7.2개 분야, 2005년-2009년 8.6개 분야, 2010년-2014년 13.0개 분야로 2000년대 들어 건강권에 대해 관심을 갖는 학문 분야가 많이 증가하였음을 알 수 있다.

한편, 229개의 건강권에 관한 학술지논문의 경우 게재된 학술지의 한국학술지인용색인(KCI) 등재 (후보) 여부³⁸⁾에 따라 분석한 결과, KCI 등재지 논문은 39.3%, KCI 등재 후보지 논문은 8.3%, 나머지는 52.4%로 나타났고 논문명에 (특정) 건강권이 명시된 학술지논문이 나머지 학술지 논문에 비해 KCI 등재지와 KCI 등재 후보지의 비율이 낮게 나타났다. 따라서 건강권에 관한 학술지논문은 전반적으로 학술적 엄밀성이 떨어

38) 학술지의 KCI 등재 (후보) 여부는 내용분석의 분석 대상으로 해당 논문을 선정한 시기의 KCI 등재 (후보) 여부이다. 분석대상 선정 시기는 II장에서 기술하였듯이 1차 2014년 3월 10일-17일(332개 논문 선정), 2차 2014년 8월 16일-17일(34개 논문 선정), 3차 2015년 12월 7일(20개 논문 선정)이다.

지고 논문명에 (특정) 건강권이 명시된 논문이 나머지 논문에 비해 학술적 엄밀성이 더 떨어지는 것으로 나타났다.

(2) ‘2013 건강권 서울시민회의’ 통한 일반시민의 숙의적 산물의 일반적 특성

건강권 내용과 쪽방주민 건강권에 대한 평가와 권고안 도출이 요청된 ‘2013 건강권 서울시민회의’ 과정에서 나타난 일반시민의 건강권에 대한 숙의적 산물은 총 40개로 다음 <표 19>과 같이 1차 시민패널 예비모임에서 시민패널 인사 직후의 ‘건강에 필요한 것들’ 메모 15개와 기초 강의 이후 조별 토론 내용 3개, 2차 시민패널 예비모임의 쪽방촌 방문과 쪽방주민과 대화 이후 조별 발표 내용 6개, 본회의 1일째 개인선언문 12개, 본회의 2일째 조별 선언문 3개와 최종 선언문 1개가 나타났다. 총 40개 분석자료 중 ‘건강에 필요한 것들’ 메모와 개인선언문의 비중이 높게 나타났다.

표 19. ‘2013 건강권 서울시민회의’ 진행 단계별 일반시민의 숙의적 산물 개수

‘2013 건강권 서울시민회의’ 진행 단계	분석 자료	
	수 (개)	비율 (%)
1차 시민패널 예비모임		
시민패널 인사 직후 ‘건강에 필요한 것들’ 메모	15	37.5
기초 강의 이후 조별 토론 내용	3	7.5
2차 시민패널 예비모임		
쪽방촌 방문과 쪽방주민과의 대화 이후 조별 발표 내용	6	15.0
본회의 1일째		
개인선언문	12	30.0
본회의 2일째		
조별 선언문	3	7.5
최종 선언문	1	2.5
소계	40	100

제4장 한국 사회의 건강권 요소

1. 전체 건강권 요소의 현황

1) 전체 건강권 요소 현황

① 건강권에 관한 국내 학술 논문의 전체 건강권 요소 현황

건강권에 관한 국내 학술 논문 386개 중에서 건강권의 개별 요소, 즉 건강 개념, 건강권 보유자, 건강권 의무담지자, 건강권의 근거, 건강권의 내용을 언급한 논문 비율은 다음 <표 20>과 같다. 국내 건강권 논문이 가장 많이 언급한 건강권 요소로는 건강권 내용 중 세부권리였고, 여타 요소에 비해 월등히 많이 언급되었다.

표 20. 국내 386개 건강권 논문에서 전체 건강권 요소의 언급 현황

건강권 요소	논문 수	386개 대비 비율(%)
건강 개념	79	20.5
건강권 보유자	116	30.1
건강권 의무담지자	160	41.5
건강권의 근거	164	42.5
건강권의 국제 근거	93	24.1
건강권의 국내 근거	127	32.9
건강권의 내용	368	95.3
건강권에 대한 해석	119	30.8
건강권의 세부권리	351	90.9
건강권의 작동방식(한 가지 이상)	182	47.2
가용성, 접근성, 수용성, 질(한 가지 이상)	160	41.5
가용성, 접근성, 수용성, 질(네 가지 모두)	26	6.7
건강권 지표	23	6.0
건강권 벤치마크	13	3.4

1990년-2014년 건강권 논문의 발행 추이와 개별 건강권 요소의 언급 추이는 다음 <그림 8>과 같이 국내 건강권 논문의 증가 추세에 따라 개별 건강권 요소에 대한 언급도 대부분 증가 추세를 보였다. 하지만 증가 추세는 개별 요소 사이에 편차가 커서 건강권 세부권리가 월등한 증가 추세를 보인 반면 나머지 개별 요소는 그 절반 이하의 증가 추세를 보였다. 건강권 벤치마크는 2011년부터 매년 언급되기 시작했기 때문에 증가 경향을 판단하기엔 아직 이르다.

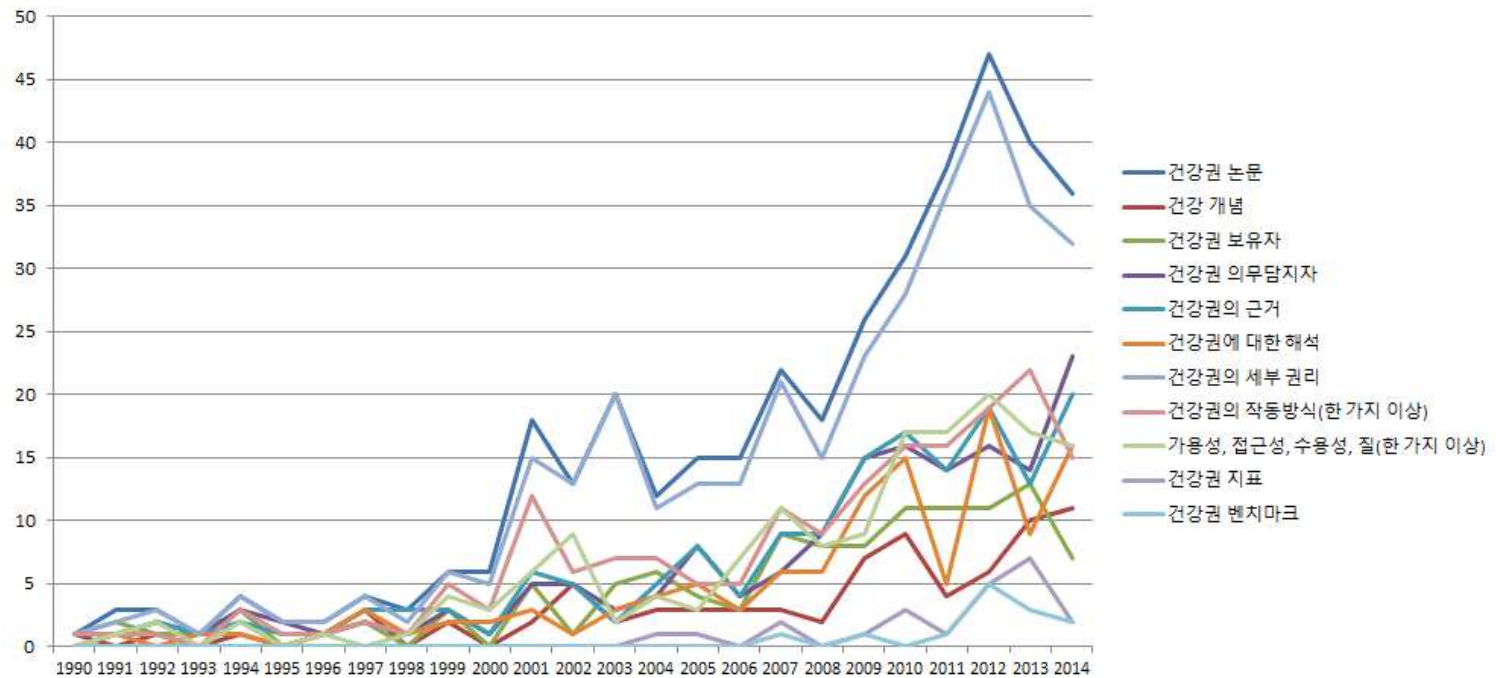


그림 8. 1990년-2014년 건강권 논문의 발행 추이와 개별 건강권 요소의 언급 추이

개별 건강권 요소의 언급 현황을 문서 유형에 따라 살펴보면 다음 <표 21>과 같이 절대적인 언급 측면에서는 수적으로 우세한 학술지논문의 개별 요소의 언급이 많았다. 하지만 상대적인 언급³⁹⁾ 측면에서는 박사학위논문이 나머지 문서 유형에 비해 건강 개념, 의무담지자, 국제·국내 근거, 해석, 벤치마크를 더 많이 언급했고 석사학위논문은 나머지 문서 유형에 비해 세부권리를 더 많이 언급했으며 학술지논문은 나머지 문서 유형에 비해 AAAQ, 지표를 더 많이 언급했다. 작동방식의 경우 석사학위논문에 비해 박사학위논문과 학술지논문에서 상대적으로 더 많이 언급했다. 한편 박사학위논문이 상대적으로 더 많이 언급한 개별 요소들(1.09배-1.80배)은 석사학위논문(1.05배)이나 학술지논문(1.03배-1.32배)이 더 많이 언급한 개별 요소들에 비해 더 많이 언급한 정도가 훨씬 크게 나타났다.

39) 여기서 상대적인 언급 가능성이란 전체 건강권 논문에서의 해당 문서 유형의 비율과 대비하여 개별 요소에서의 해당 문서 유형의 비율을 분석한 결과를 말한다.

표 21. 문서 유형에 따른 개별 건강권 요소의 절대적·상대적 언급 현황

단위: 괄호 밖 수치는 행 합계 대비 비율(%), 괄호 안 수치는 전체 건강권 논문 중 해당 문서 유형의 비율 대비 해당 요소 언급 논문 중 해당 문서 유형의 비율의 비(배)

건강권 요소	박사학위논문	석사학위논문	학술지논문
건강 개념	13.9(1.63)	34.2(1.06)	51.9(0.87)
건강권 보유자	7.8(0.91)	31.0(0.97)	61.2(1.03)
건강권 의무담지자	12.5(1.46)	30.0(0.93)	57.5(0.97)
건강권의 근거	12.2(1.43)	31.7(0.99)	56.1(0.95)
건강권의 국제 근거	12.9(1.51)	33.3(1.04)	53.8(0.91)
건강권의 국내 근거	13.4(1.57)	31.5(0.98)	55.1(0.93)
건강권의 내용	8.4(0.99)	32.6(1.02)	59.0(0.99)
건강권에 대한 해석	13.4(1.57)	28.6(0.89)	58.0(0.98)
건강권의 세부권리	8.5(1.00)	33.6(1.05)	57.8(0.97)
건강권의 작동방식 (한 가지 이상)	9.3(1.09)	25.3(0.79)	65.4(1.10)
가용성, 접근성, 수용성, 질 (한 가지 이상)	6.9(0.80)	26.9(0.84)	66.3(1.12)
가용성, 접근성, 수용성, 질 (네 가지 모두)	7.7(0.90)	15.4(0.48)	76.9(1.30)
건강권 지표	4.3(0.51)	17.4(0.54)	78.3(1.32)
건강권 벤치마크	15.4(1.80)	7.7(0.24)	76.9(1.30)
전체 건강권 논문 중 해당 문서 유형의 비율	8.5(1.00)	32.1(1.00)	59.3(1.00)

주) 회색 배경의 칸이 의미하는 바는 특정 요소를 언급한 세 가지 문서 유형 중 괄호의 수치가 가장 높게 나타난 문서 유형임(단, '건강권의 근거'와 '건강권의 내용'은 하위 범주에서 표시했기 때문에 제외함)

개별 건강권 요소의 언급 현황을 논문 화제에서의 건강권 비중에 따라 살펴보면 다음 <표 22>과 같이 절대적인 언급 측면에서는 수적으로 우세한 논문명에 (특정) 건강권 명시되지 않은 논문에서 개별 요소의 언급이 많이 나타났다. 하지만 개별 요소의 상대적인 언급 측면에서는 논문명에 건강권이 명시된 논문이 나머지 논문에 비해 세부권리와 작동방식을 제외한 나머지 요소(건강 개념, 건강권 보유자, 의무담지자, 국제·국내 근거, 해석, AAAQ, 지표, 벤치마크)를 더 많이 언급했고 논문명에 (특정) 건강권이 명시되지 않은 논문이 나머지 논문에 비해 세부권리를 더 많이 언급했다. 작동방식의 요소는 논문명에 (특정) 건강권이 명시되

지 않은 논문에 비해 나머지 논문이 상대적으로 더 많이 언급했다. 또한 논문명에 건강권이 명시된 논문에서 상대적으로 더 많이 언급한 개별 요소들(1.24배-6.60배)은 논문명에 특정 건강권이 명시된 논문(작동방식 1.53배)이나 논문명에 특정 건강권이 명시되지 않은 논문(세부권리 1.01배)에서의 개별 요소들에 비해 더 많이 언급한 정도가 훨씬 크게 나타났다. 이는 문서 유형에 따른 상대적 언급 정도의 차이 보다 논문 화제에서의 건강권 비중에 따른 상대적 언급 정도의 차이가 훨씬 크게 나타났다.

표 22. 논문 화제에서의 건강권 비중에 따른 건강권 요소의 언급 현황

단위: 괄호 밖 수치는 행 합계 대비 비율(%), 괄호 안 수치는 전체 건강권 논문 중 해당 논문 유형의 비율 대비 해당 요소 언급 논문 중 해당 논문 유형의 비율의 비(배)

건강권 요소	논문명에 건강권 명시	논문명에 특정 건강권 명시	논문명에 (특정) 건강권 명시 부재
건강 개념	11.4(1.63)	11.4(0.77)	77.2(0.99)
건강권 보유자	11.2(1.60)	21.6(1.46)	67.2(0.86)
건강권 의무담지자	10.6(1.52)	11.3(0.76)	78.1(1.00)
건강권의 근거	9.1(1.31)	12.2(0.83)	78.7(1.01)
건강권의 국제 근거	11.8(1.69)	15.1(1.02)	73.1(0.93)
건강권의 국내 근거	8.7(1.24)	10.2(0.69)	81.1(1.04)
건강권의 내용	7.3(1.05)	15.2(1.03)	77.4(0.99)
건강권에 대한 해석	13.4(1.92)	14.3(0.97)	72.3(0.92)
건강권의 세부권리	6.8(0.98)	14.2(0.96)	78.9(1.01)
건강권의 작동방식 (한 가지 이상)	11(1.57)	22.5(1.53)	66.5(0.85)
가용성, 접근성, 수용성, 질(한 가지 이상)	9.4(1.34)	18.8(1.27)	71.9(0.92)
가용성, 접근성, 수용성, 질(네 가지 모두)	26.9(3.85)	11.5(0.78)	61.5(0.79)
건강권 지표	30.4(4.35)	26.1(1.77)	43.5(0.56)
건강권 벤치마크	46.2(6.60)	15.4(1.04)	38.5(0.49)
전체 건강권 논문	7.0(1.00)	14.8(1.00)	78.2(1.00)

개별 건강권 요소의 언급 현황을 5개의 주요 저자 소속, 즉 법, 보건, 사회복지, 의료, 노동에 따라 살펴보면 다음 <표 23>과 같이 절대적인 언급 측면에서는 수적으로 우세한 저자 소속이 법인 논문에서 개별 요소 언급이 많았다. 하지만 개별 요소의 상대적인 언급 측면에서는 저자 소속이 법인 논문이 나머지 논문에 비해 건강 개념, 의무담지자, 국제·국내 근거, 해석을 더 많이 언급했고 저자 소속이 사회복지인 논문이 나머지 논문에 비해 건강권 보유자, 세부권리, AAAQ(네 가지 모두), 지표를 더 많이 언급했으며 저자 소속이 의료인 논문이 AAAQ(한 가지 이상), 벤치마크를 더 많이 언급했고 저자 소속이 노동이거나 사회복지인 논문이 나머지 논문에 비해 작동방식을 더 많이 언급했다. 저자 소속이 보건인 논문은 나머지 논문에 비해 상대적으로 더 많이 언급한 요소는 부재했는데 AAAQ(한 가지 이상, 네 가지 모두)와 벤치마크의 경우 저자 소속이 사회복지나 의료인 논문 다음 순위로 더 많이 언급한 것으로 나타났다. 한편, 상대적으로 더 많이 언급한 정도는 저자 소속이 의료(1.46-2.12배)인 논문에서 법(1.40-1.78배)이나 사회복지(1.06-1.71배), 노동(작동방식 1.36배)인 논문에 비해 더 크게 나타났다.

전술한 것처럼 5개의 주요 저자 소속 분야에 따른 상대적 언급의 차이는 향후 특정 학문 분야에서 건강권 요소 중 어느 요소에 대해 보다 주목해야 하는지를 알려준다. 저자 소속이 법인 경우에는 건강권 보유자와 건강권의 실현과정에 더욱 주목해야 하고 저자 소속이 보건인 경우에는 전반적으로 더욱 주목해야 하지만 그 중에서도 건강권 보유자, 의무담지자와 논리적 측면(건강 개념, 근거, 해석 등)에 더욱 주목해야 하며 저자 소속이 사회복지인 경우 건강권 의무담지자와 해석에 더욱 주목해야 하고 저자 소속이 의료인 경우 건강 개념, 건강권 보유자에 더욱 주목해야 하며 저자 소속이 노동인 경우는 건강권 보유자와 작동방식을 제외한 나머지 요소들에 두루 주목해야 할 것이다.

표 23. 주요 저자 소속 분야에 따른 건강권 요소의 언급 현황

단위: 괄호 밖 수치는 행 합계 대비 비율(%), 괄호 안 수치는 전체 건강권 논문 중 해당 논문 유형의 비율 대비 해당 요소 언급 논문 중 해당 논문 유형의 비율의 비(배)

건강권 요소	법	보건	사회 복지	의료	노동	5개 분야	모든 분야
건강 개념	38.0(1.41)	10.1(0.61)	17.7(1.32)	3.8(0.52)	2.5(0.39)	72.2(1.02)	100
건강권 보유자	25.0(0.93)	16.4(0.99)	16.4(1.22)	6.0(0.83)	6.9(1.06)	70.7(1.00)	100
건강권 의무담지자	40.0(1.48)	13.1(0.79)	13.1(0.97)	7.5(1.03)	2.5(0.39)	76.3(1.08)	100
건강권의 근거	43.3(1.61)	14.0(0.85)	14.0(1.04)	7.9(1.09)	0.6(0.09)	79.9(1.13)	100
건강권의 국제 근거	37.6(1.40)	12.9(0.78)	17.2(1.28)	7.5(1.04)	1.1(0.17)	76.3(1.08)	100
건강권의 국내 근거	48.0(1.78)	13.4(0.81)	13.4(0.99)	8.7(1.19)	0(0)	83.5(1.18)	100
건강권의 내용	26.6(0.99)	16.6(1.00)	13.6(1.01)	7.6(1.05)	6.8(1.05)	71.2(1.01)	100
건강권에 대한 해석	43.7(1.62)	15.1(0.91)	6.7(0.50)	9.2(1.27)	0.8(0.13)	75.6(1.07)	100
건강권의 세부권리	27.1(1.00)	16.5(1.00)	14.2(1.06)	7.1(0.98)	5.4(0.84)	70.4(0.99)	100
건강권의 작동방식 (한 가지 이상)	22.5(0.84)	18.7(1.13)	18.1(1.35)	7.7(1.06)	8.8(1.36)	75.8(1.07)	100
가용성, 접근성, 수용 성, 질(한 가지 이상)	22.5(0.84)	21.3(1.28)	16.3(1.21)	10.6(1.46)	0.6(0.10)	71.3(1.01)	100
가용성, 접근성, 수용 성, 질(네 가지 모두)	26.9(1.00)	19.2(1.16)	23.1(1.71)	3.8(0.53)	0(0)	73.1(1.03)	100
건강권 지표	21.7(0.81)	17.4(1.05)	21.7(1.61)	8.7(1.20)	0(0)	69.6(0.98)	100
건강권 벤치마크	30.8(1.14)	23.1(1.39)	15.4(1.14)	15.4(2.12)	0(0)	84.6(1.20)	100
전체 건강권 논문	26.9(1.00)	16.6(1.00)	13.5(1.00)	7.3(1.00)	6.5(1.00)	70.7(1.00)	100

주) 회색 배경의 칸이 의미하는 바는 특정 요소를 언급한 세 가지 문서 유형 중 괄호의 수치가 가장 높게 나타난 문서 유형임(단, '건강권의 근거'와 '건강권의 내용'은 하위 범주에서 표시하였기 때문에 제외함)

1990년-2014년 건강권 논문에서 나타난 질적 내용은 다음 <그림 9>와 같다. 다음 절(개별 건강권 요소의 세부 내용)에서 보다 상세히 다룰 예정이므로 전체 현황만 제시한다.

■ 건강권의 전체 요소 (백분율은 국내 건강권 논문 386개 대비 비율임)

24.9%

건강을 바탕으로

- 가치(9.8%): 건강 그 자체, 공동체, 삶(생활), 생존, 안녕, 인간 존엄, 인권, 자유, 평등, 행복, 기타(잠재력, 노동, 생명보장, 생계, 사회참여 등)
- 개념(20.5%): WHO 개념, 보건이나 생명과의 비교 개념, 고정되지 않은 개념, 신체나 정신 등 범위 개념, 기능과 잠재역량, 학문분야 고려한 개념, 기타

30.1%

건강권 보유자가

- 자격 관련 논의(9.3%): 국민에 한정, 국민 넘어 인정, 수용자, 취약계층
- 임파워먼트 관련 내용(22.3%): 규정, 실태, 주장

41.5%

건강권 의무담지자에게

존재 41.5%

국가의 의무내역 38.9%

- ✓ 국가 38.9%
- ✓ 국가 외 9.8%
 - 사용자, 원청 등
 - 간호사, 의사, 보건의료인 등
 - 사회, 사회의 모든 행위자 등

- ✓ 의무유형에 따른 의무내역 12.2%
 - 점진적·즉각적 의무 2.8%
 - 존중·보호·충족 의무 3.4%
 - 소극적·적극적 의무 6.0%
 - 핵심의무 2.6%
- ✓ 의무유형과 무관한 의무내역 36.5%

42.5%

건강권의 근거를 이유로

국제 근거 24.1%

국내 근거 32.9%

- ✓ 세계보건기구 헌장 9.3%
- ✓ 세계인권선언 14.0%
- ✓ 사회권규약 13.0%
- ✓ 자유권규약 1.0%
- ✓ 알마타 선언 2.6%
- ✓ 아동권리협약 4.4%
- ✓ 여성차별철폐협약 2.8%
- ✓ 기타 12.7%

- ✓ 헌법 29.3%
 - 36조3항 국가의 보건 의무 23.6%
 - 10조 인간존엄·행복추구권 7.8%
 - 34조1항 인간다운 생활권 7.0%
 - 35조1항 환경권 4.7%
- ✓ 보건의료기본법 8.5%
- ✓ 기타 4.9%

건강권의 내용을 요구한다

건강권 해석 30.8%

- ✓ 건강 침해 금지 + 급부와 배려 11.4%
- ✓ 급부와 배려 9.1%
- ✓ 건강 혹은 삶 6.5%
- ✓ 자유 + 요구자격 2.8%
- ✓ 건강할 권리 아님 2.8% 등

세부 권리 90.9%

작동방식 47.2%

AAAQ

- ✓ 실체 요구 89.9%
 - 건강 상태 5.0%
 - 건강 프로그램 89.7%
 - 중분성 자원 6.2%
 - 목록화 방식 89.1%
 - 결정규칙 방식 1.3%
- ✓ 절차 요구 23.0%
 - 우선순위 18.1%
 - 제도 8.0%

- ✓ 평등과 비차별 32.4%
- ✓ 참여 11.1%
- ✓ 모니터링과 평가 9.8%
- ✓ 책무성 1.6%
- ✓ 제3자의 건강권 인식과 관련 활동 20.2%

- ✓ 네 가지 모두 언급 6.7%
- ✓ 한 가지 이상 언급 41.5%
- ✓ 개별 요소 측면
 - 가용성 13.0%
 - 접근성 35.5%
 - 수용성 12.4%
 - 질 18.7%

지표 & 벤치마크

- ✓ 지표 6.0%
 - 필요성 1.8%, 특정 집단·분야 3.9%, 유형 2.8%, 구체 목록 2.1%, 기타 3.6%
- ✓ 벤치마크 3.4%
 - 필요성 1.0%, 구체 목록 1.8%, 기타 1.3%

그림 9. 1990년-2014년 국내 학술 논문의 전체 건강권 요소 현황

② ‘2013 건강권 서울시민회의’의 전체 건강권 요소 현황

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 전체 분석 자료 40개의 전체 건강권 요소의 언급 현황은 다음 <표 24>와 같다. 건강권 세부권리는 1개를 제외한 모든 분석 자료에서 나타나 가장 높은 언급 비율을 보였고 이어서 건강권 보유자가 높은 언급 비율을 보였지만 그 외 나머지 요소들은 30% 미만의 낮은 언급 비율을 보였으며 그 중에서도 건강 지표는 2.5%로 가장 낮은 언급 비율을 보였다. 건강권의 국제·국내 근거를 언급한 분석 자료는 전혀 나타나지 않았다. 분석 자료의 절대적 수가 적고 건강권 내용과 쪽방주민 건강권 평가 및 권고안 도출이라는 특수성을 감안하면 언급 비율은 잠정적인 참고용으로 인식해야 할 것이다.

표 24. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 건강권 요소의 언급 현황

건강권 요소	분석 자료		건강권 논문에서의 비율(%)
	개수	비율(%)	
건강 개념	5	12.5	20.5
건강권 보유자	28	70.0	30.1
건강권 의무담지자	11	27.5	41.5
건강권의 근거	0	0.0	42.5
건강권의 국제 근거	0	0.0	24.1
건강권의 국내 근거	0	0.0	32.9
건강권의 내용	40	100.0	95.3
건강권에 대한 해석	9	22.5	30.8
건강권의 세부권리	39	97.5	90.9
건강권의 작동방식(한 가지 이상)	8	20.0	47.2
가용성, 접근성, 수용성, 질(한 가지 이상)	10	25.0	41.5
가용성, 접근성, 수용성, 질(네 가지 모두)	0	0.0	6.7
건강권 지표	1	2.5	6.0
건강권 벤치마크	11	27.5	3.4

상기 표에서 나타난 건강권 요소의 언급 현황은 1990년-2014년 건강권에 관한 학술 논문에서 나타난 언급 현황과 차이가 있다. 건강권 세부권리의 언급 비율이 가장 높은 점은 양쪽 모두 동일하지만 일반시민에게서 건강권 보유자와 건강권 벤치마크의 언급 비율이 더 높고 건강권의

근거와 AAAQ의 네 가지 언급이 전혀 나타나지 않은 점, 전술한 요소를 제외한 나머지 요소(건강 개념, 의무담지자, 해석, 작동방식, AAAQ 한 가지 이상, 지표)의 언급 비율이 더 낮은 점은 학술 연구와 차이 나는 점이다. 또한 일반시민에게서 건강권 의무담지자 보다 건강권 보유자의 언급 비율이 더 높은 점, 건강권 지표 보다 건강권 벤치마크의 언급 비율이 더 높은 점은 학술 연구와 상반되는 현상이다.

‘2013 건강권 서울시민회의’의 진행 단계별 건강권 요소의 언급 현황은 다음 <표 25>와 같이 요소별로 차이가 있었는데, 건강권 보유자와 건강권 세부권리는 모든 진행단계에서 언급되었고, 건강권 작동방식과 한 가지 이상의 AAAQ는 대부분의 진행단계에서 언급되었으며 건강 개념, 건강권 의무담지자, 건강권 해석, 건강권 벤치마크는 시민회의가 어느 정도 진행된 이후 언급되었다. 따라서 일반시민의 숙의 과정이 진행될수록 더 많은 건강권 요소가 언급되는 것을 알 수 있다.

표 25. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 진행단계에 따른 건강권 요소의 언급 현황

(단위: 개)

건강권 요소	시민패널 예비모임			본회의	본회의	본회의	소 계
	1차	1차	2차	1일째	2일째	2일째	
	시민패널 인사 이후	기초 강의 이후	쪽방주민 과 대화 이후	개인 선언문	조별 선언문	최종 선언문	
건강 개념	0	0	0	4	0	1	5
건강권 보유자	9	3	5	7	3	1	28
건강권 의무담지자	0	0	2	8	0	1	11
국제 근거	0	0	0	0	0	0	0
국내 근거	0	0	0	0	0	0	0
건강권 해석	0	0	0	7	1	1	9
건강권 세부권리	15	2	6	12	3	1	39
건강권 작동방식	0	1	3	3	0	1	8
AAAQ(한 가지 이상)	1	0	2	5	1	1	10
AAAQ(네 가지 모두)	0	0	0	0	0	0	0
건강권 지표	0	1	0	0	0	0	1
건강권 벤치마크	0	0	0	9	1	1	11
단계별 분석자료 개수	15	3	6	12	3	1	40

③ 전체 건강권 요소의 현황에 대한 소결

건강권에 관한 학술 논문에서는 건강권 요소들이 모두 나타났지만 언급 비율에서 편차가 컸다. 구체적으로는 건강권 세부권리가 90%대로 압도적으로 많이 언급된 반면, 작동방식, 의무담지자, AAAQ(한 가지 이상)는 40%의 언급 비율을, 국내 근거, 해석, 건강권 보유자는 30%대의 언급 비율을, 국제 근거는 20%대의 언급 비율을 보였고, AAAQ(네 가지 모두), 지표, 벤치마크는 10% 미만의 언급 비율을 보여 저조했다.

반면, ‘2013 건강권 서울시민회의’에서는 건강권의 국제·국내 근거와 AAAQ(네가지 모두)의 언급이 부재했기 때문에 건강권 논리구조의 전체 요소가 모두 나타난 것은 아니다. 이는 ‘2013 건강권 서울시민회의’에

서 생성된 일반시민의 건강권에 대한 숙의적 산물이 수적으로 1990년-2014년 건강권에 관한 학술 논문에 비해 매우 적음을 유념할 필요가 있다. 일반시민에게서 건강권 세부권리가 압도적인 언급비율을 보인 점은 학술 연구와 동일하지만 건강권 보유자와 건강권 벤치마크가 더 높은 언급 비율을 보인 점, 건강권의 근거와 AAAQ(네가지 모두)의 언급이 전혀 나타나지 않은 점, 나머지 요소에 대한 언급 비율이 더 낮았던 점은 학술 연구와 차이 나는 점이다. 일반시민이 건강권 의무담지자 보다 건강권 보유자에 대한 관심이 더 높고 건강권 지표보다 건강권 벤치마크에 대한 관심이 더 높은 점 역시 학술 연구와 다르다. 건강권 벤치마크에 대한 관심이 더 높은 점은 쪽방주민 건강권 현황에 대한 평가와 권고안 도출을 요청한 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 특수성과 연관된다.

1990-2014년 건강권에 관한 학술 논문의 증가 추세에 따라 개별 건강권 요소도 대부분 증가 추세를 보였다. 하지만 증가 경향은 개별 요소 사이에 편차가 컸는데, 구체적으로는 개별 요소의 언급 논문 수가 많을 수록 증가 추세가 더 강하게 나타났고 언급 논문 수가 미미한 건강권 벤치마크의 경우 증가 추세를 판단하기가 불가능했다.

지난 25년간 학술 연구가 증가할수록 언급되는 건강권 요소가 증가함을 확인하였다. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 경우 숙의 과정이 진행될 수록 언급되는 건강권 요소가 증가함을 확인하였다.

표 26. 건강권에 관한 학술 논문의 특성에 따른 건강권 요소의 언급에서 상대적 우위 현황

건강권 요소	문서 유형	논문 화제의 건강권 비중	주요 저자 소속 분야
건강 개념	박사학위논문	논문명에 건강권	법
건강권 보유자	학술지논문	논문명에 건강권	사회복지
건강권 의무담지자	박사학위논문	논문명에 건강권	법
건강권의 근거			
건강권의 국제 근거	박사학위논문	논문명에 건강권	법
건강권의 국내 근거	박사학위논문	논문명에 건강권	법
건강권의 내용			
건강권에 대한 해석	박사학위논문	논문명에 건강권	법
건강권의 세부권리	석사학위논문	논문명에 부재	사회복지
건강권의 작동방식 (한 가지 이상)	박사학위논문 & 학술지논문	논문명에 건강권 & 특정 건강권	노동 & 사회복지
가용성, 접근성, 수용성, 질 (한 가지 이상)	학술지논문	논문명에 건강권	의료
가용성, 접근성, 수용성, 질 (네 가지 모두)	학술지논문	논문명에 건강권	사회복지
건강권 지표	학술지논문	논문명에 건강권	사회복지
건강권 벤치마크	박사학위논문	논문명에 건강권	의료

건강권에 관한 학술 논문의 경우 문서 유형, 논문 화제에서의 건강권 비중, 주요 저자 소속 분야에 따른 개별 건강권 요소의 언급 현황은 절대적 언급의 경우 각기 수적으로 우세한 학술지논문, 논문명에 (특정) 건강권이 부재한 논문, 저자 소속 분야가 법인 논문에서 높게 나타났다. 하지만 개별 요소의 상대적 언급의 경우 수적 우세와는 무관하게 상기 <표 26>과 같은 상대적 우위를 나타냈다. 구체적으로는, 문서 유형 측면에서 박사학위논문이 이론적인 건강권 요소를 상대적으로 더 많이 언급했고 석사학위논문과 학술지논문이 실천적 요소를 상대적으로 더 많이 언급했으며, 논문 화제의 건강권 비중 측면에서 논문명에 건강권이 명시된 논문이 세부권리를 제외한 모든 요소를 상대적으로 더 많이 언급했다. 또한 주요 저자 소속 분야 측면에서는 법 분야의 논문이 건강권의 이론적 요소를 상대적으로 더 많이 언급했고 사회복지, 노동, 의료 분야

의 논문이 실천적 요소를 상대적으로 더 많이 언급했다. 보건 분야의 논문은 상대적으로 더 많이 언급된 요소가 없었다.

학술 논문과 일반시민에게서 언급된 전체 건강권 요소를 평가하면, 일부 요소가 일반시민에게서 언급되지 않았지만 전반적으로 한국 사회의 건강권 개념을 분석하는 데 유용한 것으로 나타났다. 또한 건강권에 관한 학술 논문이 증가할수록, 일반시민의 건강권에 대한 숙의 과정이 진행될수록 언급되는 건강권 요소가 증가하는 것으로 나타났다. 하지만 학술 논문과 일반시민 양쪽 모두에서 건강권 요소 가운데 건강권 세부권리에 대한 관심이 월등히 높게 나타난 현상은 인간 존엄, 권력 재조정, 의무내역·책무성이란 건강권 존재의의 측면에서 중요한 건강권 보유자·의무담지자·근거·작동방식에 대한 관심이 부족함을 의미한다. 건강권의 내용 중에서도 세부권리에 관심이 압도적으로 편중된 현상은 건강권 해석·AAAQ·지표·벤치마크와 같이 건강권 개념의 조작화에 대한 관심이 부족함을 의미한다. 특히 건강권 지표와 벤치마크에 대한 저조한 관심은 한국 사회의 건강권 실현 의지가 희박함을 알려준다. 국내법적 근거가 국제법적 근거보다 비중이 높은 점, 사회권위원회에서 제시한 AAAQ 틀에 대한 인식이 저조한 점은 건강권 관련 국제법이 국내에서 비준되었음에도 그 내용적 수용이 여전히 부족함을 의미한다. 이뿐만 아니라 학문 분야별로 주목하는 건강권 요소에 차이가 나타나 학제적 소통이 부족한 것으로 나타났다. 따라서 한국 학술 논문과 일반시민에게서 언급된 전체 건강권 요소의 양적 현황을 통해서 건강권 관련 국제법적 내용이 제대로 수용되지 않고 있다는 점, 건강권 세부권리에 대한 압도적인 관심으로 인해 건강권 존재의의나 건강권 개념의 명확화 측면에서 건강권에 대한 관심은 부족하다는 점을 확인하였다.

한국 사회에서 건강권 개념 발전을 위해서는 전체 건강권 요소를 두루 잘 다룰 필요가 있고 이를 위해 건강권에 대한 학술 연구와 일반시민의 숙의 과정이 증가하고 전체 건강권 요소에 두루 관심을 가질 필요가 있다. 특히, 학술 연구에서는 일차적으로 논문 화제에서 건강권 비중이 높은 연구가 증가할 필요가 있고 박사학위논문은 실천적인 건강권 요소에

관심을, 석사학위논문과 학술지논문은 이론적인 건강권 요소에 관심을 높일 필요가 있다. 또한 법 분야는 실천적인 건강권 요소에 대한 관심을, 사회복지, 의료, 노동 분야는 이론적인 건강권 요소에 대한 관심을 높일 필요가 있으며, 보건 분야는 전체 건강권 요소에 두루 관심을 높일 필요가 있으며, 학제적 소통, 특히 법 분야와 나머지 학문 분야 사이의 학술적 소통이 활성화될 필요가 있다.

2) 건강권 요소 간 연관성

① 건강권에 관한 학술 논문의 건강권 요소 간 연관성

지금까지 건강권 논리구조의 개별 요소별로 그 내용을 살펴보았다. 이제부터 이들 개별 요소 사이의 상관성을 검토하고자 한다. 개별 논문에서는 건강권 논리구조의 개별 요소들이 다양한 구성으로 언급되었기 때문에 특정 개별 요소의 언급과 나머지 다른 요소의 언급 사이에 연관성이 있는지 검토해볼 수 있다. 이러한 연관성을 분석하는 이유는 연구자들이 건강권 개념의 여러 요소 중 어떤 요소들을 인식하면서 건강권에 대한 논의를 전개하였는지를 그 패턴을 간접적으로 확인할 수 있고 그로 인해 국내 건강권 논의의 한계도 확인할 수 있기 때문이다.

우선 건강권 권리구조의 특정 요소를 언급한 논문과 특정 요소를 언급하지 않는 논문의 각각의 나머지 요소를 언급하는 논문의 비율, 그리고 그 둘 사이의 차이와 비를 살펴보면 다음 <표 27>과 같다. 다음 표에서 알 수 있듯이 건강권 논리구조의 특정 요소를 언급하는 경우 그 요소를 언급하지 않는 경우에 비해 나머지 요소를 언급하는 비율이 높게 나타났다. 절대적 차이 측면에서는 건강권 벤치마크에서 그런 경향이 가장 강했고 이어서 건강권 지표, AAAQ(4가지 모두 언급), 건강권의 국제 근거의 순으로 강하게 나타났다. 상대적 비 측면에서는 건강권 지표에서 그런 경향이 가장 강했고 건강권의 국제 근거, AAAQ(4가지 모두 언급), 의무담지자의 순으로 강하게 나타났다. 여기서 건강권 지표, 건강권 벤치마크, AAAQ 요소가 각기 나머지 요소와 동시에 언급되는 경향이 강

한 것은 건강권 개념의 구체화 과정에서 말단에 위치하거나 건강권 보장
의 평가의 기준으로 작동하기 때문이라고 짐작할 수 있고 건강권의 국제
근거는 그 자체로 전체 건강권 논리구조의 요소와 관련되기 때문이라고
짐작할 수 있다. 반면, 절대적 차이와 상대적 비 측면에서 건강권 보유
자, 건강권의 국내 근거, 세부권리는 각기 나머지 요소와 동시에 언급되
는 경향은 약한 것으로 나타났다.

표 27. 건강권 논리구조의 특정 요소 언급 여부에 따른 나머지 요소 언급 비율

특정 요소	386개 논문 대비 특정 요소 언급 비율 (%)	특정 요소 언급 시 나머지 개별 요소의 언급 비율 평균 (%) [A]	특정 요소 비언급 시 나머지 개별 요소의 언급 비율 평균 (%) [B]	A-B (%)*	A÷B (배)**
건강 개념	20.5	53.3	27.9	25.3	3.3
건강권 보유자	30.1	44.1	27.3	16.9	2.1
의무담지자	41.5	46.1	20.9	25.1	4.9
국제 근거	24.1	54.5	24.8	29.8	5.9
국내 근거	32.9	44.1	24.8	19.3	2.3
해석	30.8	51.8	23.5	28.3	4.4
세부권리	90.9	28.6	13.3	15.3	3.0
작동방식	47.2	39.1	23.6	15.5	4.0
AAAQ(4가지)	6.7	68.6	31.8	36.8	5.0
지표	6.0	72.5	31.9	40.6	7.8
벤치마크	3.4	78.8	33.0	45.8	4.7

*특정 요소 언급 시와 특정 요소 비언급 시의 나머지 개별 요소의 언급 비율 평균의 차이

**특정 요소 비언급 시 대비 특정 요소 언급 시의 나머지 개별 요소의 언급 비율 평균의 비

상기 표에서는 건강권 논리구조의 특정 요소 언급 여부와 나머지 요소
의 언급 여부를 살펴보고, 다음 표에서는 두 가지 특정 요소의 연관성
을 제시하였다. 표의 내용을 해석하는 방식은 소괄호 밖 수치의 경우 상

기 표의 'A-B(%)'처럼 열 변수가 언급된 논문과 열 변수가 언급되지 않은 논문의 행 변수 언급 논문의 비율 차이(%)이고, 소괄호 안 수치의 경우 상기 표의 'A÷B(배)'처럼 열 변수가 언급되지 않은 논문 대비 열 변수가 언급된 논문의 행 변수 언급 논문의 비율의 배수(배)이다. 개별 요소 간의 상관성을 다음 표에서 확인할 수 있다.

내용적 연관성의 경우 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 주장에서 건강권을 법 테두리 내로 한정할지, 2008년 미국산 쇠고기 수입 문제에 대한 시민들의 반응을 어떻게 볼지, 그리고 전술했던 건강권 측면에서 소비자의 권리를 어떻게 볼 것인지의 쟁점에 대해 상반되는 관점의 주장이 나타났는데, 이는 건강권의 근거나 해석에 연관되었다고 볼 수 있다. 건강권 의무담지자에 관한 내용은 건강권의 근거, 건강권에 대한 해석과 연관성이 나타났고 건강권에 대한 해석은 건강 개념으로부터 영향을 받는 것이 확인되었다. 건강권 지표는 건강권 의무담지자나 AAAQ로부터 영향을 받는 것으로 나타났으며, 국가의 핵심의무와 벤치마크의 연관성이 나타났다.

전술한 내용적 연관성은 개별 논문에서 나타났고, 전체 건강권 논문 측면에서 국내 학술 논문의 경우 건강권 해석으로 소극적 청구권 내용인 '건강 침해 금지'를 포함한 논문은 전체 건강권 논문의 12.1%, 건강권 해석을 언급한 논문의 39.5%를 차지했지만 건강권 세부권리 내용으로 '건강 혹은 건강권 침해 금지'를 언급한 논문은 전체 건강권 논문의 2.1%, 건강권 세부권리를 언급한 논문의 2.3%를 차지했다. 한국 사회에서 기업이나 정부에 의한 건강 침해가 적지 않은 상황임에도 관련된 내용이 건강권 세부권리로서 별로 요구되지 않았다. 반면, 국내 학술 논문에서 건강권 해석으로 '배려와 급부', '요구자격', '보건의료', '사회보장'을 포함한 논문은 전체 건강권 논문의 23.1%, 건강권 해석을 언급한 논문의 74.8%를 차지했지만, 건강권 세부권리 내용으로 건강 관련 프로그램을 요구한 논문은 전체 건강권 논문의 89.6%, 건강권 세부권리를 언급한 논문의 98.6%를 차지했다. 따라서 전체 건강권 논문에서 건강권 해석과 건강권 세부권리의 내용적 연관성이 크다고 할 수 없다.

② ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 건강권 요소 간 연관성

일반시민의 숙의적 산물에서도 건강권 요소 간 연관성이 나타났고 수적으로 우세한 학술 논문과 달리 질적 연관성이 드러났다. 구체적으로는, 일반시민이 언급한 건강권 의무담지자의 의무내역은 건강 가치, 건강 개념, 건강권 보유자, 건강권 해석, 건강권 세부권리와 같이 좀 더 많은 건강권 요소와 연관성이 있는 것으로 나타났다. 또한 일반시민의 건강권 숙고 과정에서는 아무런 역할이 없었던 건강권 근거의 역할까지 건강권의 해석이 담당해야하므로 건강권 논문의 건강권 해석과 달리 일반시민의 건강권 해석은 더 많은 건강권 요소들과 연관성을 보이는 것으로 볼 수 있다. 또한 건강 개념, 건강권 해석, 건강권 세부권리, AAAQ등과 같은 건강권 요소를 바탕으로 벤치마크를 사용하는 경향이 나타났다.

일반시민에게서 학술 논문에 비해 질적으로 보다 강한 연관성이 확인되었지만 권리 논리구조와 같은 엄밀한 논리적 관계에는 미치지 못했다.

③ 건강권 요소 간 연관성에 대한 소결

개별 건강권 요소 간 연관성을 양적 수치로 확인해 본 결과, 특정 요소를 언급하면 나머지 요소를 언급하지 않을 경향 보다 언급할 경향이 높게 나타났다. 그러한 경향을 절대적 차이와 상대적 비로 분석해 본 결과 건강권의 국제 근거, 건강권의 지표, 건강권의 벤치마크, AAAQ(네 가지 모두 언급)가 언급되는 경우 다른 건강권 요소가 동시에 언급될 경향이 높은 것으로 나타났다. 이것의 이유는 건강권의 국제 근거는 그 자체로 전체 요소와 관련되기 때문이고 건강권 지표와 벤치마크, AAAQ(네 가지 모두 언급)는 건강권 개념이나 내용을 조작화하는 말단의 단계나 건강권 보장을 평가하는 기준으로 작동하기 때문이라고 할 수 있다. 이러한 양적 분석 결과뿐만 아니라 학술 논문에서 건강 개념, 건강권보유자, 건강권 의무담지자 모두 건강권의 근거나 해석과 연관성이 있음이 나타났다. 건강권 지표는 건강권 의무담지자와 AAAQ로부터 영향을 받는 것

으로 나타났다. 또한 일반시민이 언급한 건강권 의무담지자의 의무내역은 건강 가치, 건강 개념, 건강권 보유자, 건강권 해석, 건강권 세부권리와 같이 좀 더 많은 건강권 요소와 연관성이 있는 등의 예가 나타났다. 물론 내용분석에서 이러한 연관성을 코딩범주에 포함한 것은 아니지만 코딩범주를 코딩할 때 맥락단위로서 포함되는 내용이 있기 때문에 전술한 질적 분석 결과에서도 이러한 현상의 일부가 포착되었다고 볼 수 있다.

2. 개별 건강권 요소의 세부 내용

1) 건강 가치 혹은 개념⁴⁰⁾

건강권에 관한 국내 학술 논문에서는 건강 개념이 20.5%의 논문에서, 건강 가치가 9.8%의 논문에서 언급되어 건강 가치의 내용 자체가 많지 않기 때문에 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 언급된 건강 가치의 내용과 함께 분석 결과를 서술하고, 이후 건강 개념은 학술 논문과 일반시민의 분석 자료를 분리하여 서술하고자 한다.

① 건강권에 관한 국내 학술 논문과 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 건강 가치

1990년-2014년 건강권 학술 논문에서는 건강 가치가 9.8%의 논문에서 언급되어 저조하게 나타났고, 2007년부터 매년 언급되기 시작했지만 증가 추세라고 판단하기엔 이른 상황이다. 반면 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서는 건강 개념이 12.5%의 분석 자료에서, 건강 가치가 22.5%의 분석 자료에서 언급되어 더 많이 나타났다. 따라서 일반시민들이 건강권은

40) 참고로, 다른 분석과 마찬가지로 건강 가치와 건강 개념 역시 건강권과 관련 있는 맥락에서 언급된 경우에만 분석에 포함하였다.

무엇이고 어떠해야하는지를 선언할 때에 건강 개념보다 건강의 가치를 더욱 중요한 논리 요소로 간주한다고 볼 수 있다.

학술 논문과 일반시민에게서 언급된 건강 가치는 건강 그 자체로 인정되기도 했지만 “삶의 목적” 혹은 “인권의 핵심요소”와 같이 공동체, 삶, 인권, 행복과 연관 지어 인정되기도 했다. 하지만 건강 가치를 생존, 안녕, 인간 존엄, 자유, 평등, 상품이나 시혜, 잠재력, 노동, 생명보장, 생계, 사회참여, 사회구성원의 역할 수행과 연관 지어 인정한 언급이 일반시민의 건강 가치에는 나타나지 않았고, 건강을 정의(正義)와 연관 지어 가치를 인정한 언급이 학술 논문의 건강 가치에는 나타나지 않았다. 일반시민의 건강 가치는 학술 논문에 비해 다양성이 떨어지지만 자료 수의 격차를 감안하면 일반시민의 건강 가치는 대부분 학술 논문에서도 유사하게 등장하였고 “건강은 은혜가 아닌 정의”와 같이 건강 가치를 직접 “정의”와 연계한 새로운 관점이 존재했다(부록 3의 <표 1>).

건강권에 관한 학술 논문과 일반시민에게서 복수의 건강 가치가 언급된 자료가 나타났다. 건강권 논문의 경우건강 가치를 언급한 논문 중 절반 이상이 복수의 건강 가치를 언급하였고, 구체적으로는 개별논문에서 건강 가치를 인간존엄·행복·자유·평등(인간 존엄과 행복, 자유, 평등의 전제조건)과 연관 짓거나 행복·생활·노동(행복의 전제, 인간다운 생활의 필수조건, 노동과 밀접불가분 관계)과 연관 짓거나 생계·사회참여·인간존엄(생계와 사회참여의 핵심 요소, 인간 존엄의 기본요건)과 연관 짓는 등의 경우가 그 예이다. 일반시민의 경우건강 가치를 언급한 분석 자료 중 1/3이 복수의 건강 가치를 언급하였고 구체적으로는 개별 분석 자료에서 삶·공동체(개인 삶 영위에 필요조건이면서 사회의 유지공존의 대전제)와 연관 짓거나 삶·행복(삶의 지표이자 일상 영위에 필수요건이고 최고의 행복)과 연관 짓거나 행복·인권·정의(행복의 기본요소, 자선이 아닌 권리, 은혜가 아닌 정의)와 연관 지어 인정한 것이 그 예이다.

한편 개별 건강권 논문이나 서울시민회의의 분석 자료 가운데 건강 개념과 건강 가치를 동시에 언급한 경우가 존재했다. 1990년-2014년의 건

강권 논문 가운데 5.4%의 논문에서 건강 개념과 건강 가치를 동시에 언급했고 서울시민회의에서는 40개 자료 중 개인 선언문 두개와 최종선언문에서 건강 개념과 건강 가치를 함께 언급하였다.

② 건강권에 관한 국내 학술 논문에서 나타난 건강 개념

1990년-2014년 건강권에 관한 학술 논문 가운데 20.5%가 건강 개념을 언급하였고, 건강권 논문의 증가 추세에는 못 미치지만 건강 개념을 언급한 논문 역시 증가 추세로 나타났으며 2010년 전후로 그러한 경향이 뚜렷해졌다.

언급된 건강 개념은 세계보건기구의 건강 개념, 보건이나 생명과의 비교 측면에서의 건강 개념, 고정되지 않은 건강 개념, 신체나 정신 등 범위 측면의 건강 개념, 기능(functioning)과 잠재역량(capability)으로서의 건강 개념, 학문분야를 고려한 건강 개념 순으로 나타났고 한두 번 언급된 기타 개념들이 존재했다. 개별 논문에서는 한 가지 범주의 건강 개념뿐만 아니라 세 가지 범주의 건강 개념까지 함께 나타났는데, 이를 살펴보기 전에 개별 범주의 건강 개념을 살펴볼 필요가 있다.

우선 가장 많이 언급된 세계보건기구의 건강 개념은 대부분 1946년 세계보건기구 헌장의 “단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전한 안녕 상태”가 언급되었고 일부 논문에서는 영적 건강이 추가된 1998년의 건강 개념이 언급되었으며 일부 논문에서는 세계보건기구의 건강 개념 측면에서의 재생산 건강과 같은 특수 건강 개념이 언급되었다. 재생산 건강 개념의 경우 일부 논문에서 “재생산과 관련하여 단순한 질병이나 선천적인 기형이 없는 상태 혹은 건강하고 정상적인 재생산능력 확보할 수 있는 것을 포함하여 총체적으로 완전한 육체적, 정신적, 사회적 안녕 상태를 유지할 수 있는 것”으로 언급되었다. 세계보건기구의 건강 개념은 영문이므로 ‘well-being’의 국문 번역에 따라 차이가 있었는데, 절반 정도의 논문에서는 ‘안녕’으로 번역했고 나머지 논문에서는 ‘건강함’, ‘건전함’, ‘복리’, ‘복지’, ‘안정’, ‘온전

함’, ‘행복’으로 번역했다.

다음으로 보건이나 생명과의 비교 측면에서의 건강 개념이란 보건 개념이나 생명 개념을 언급하거나 비교함으로써 건강 개념을 드러낸 것으로, 건강과 보건의 동일한 개념, 건강과 보건의 다른 개념, 보건 개념만 언급, 생명과 건강과 보건의 모두 다른 개념, 생명과 건강은 다른 개념으로 범주화할 수 있다. 여기서 보건 개념만 언급한 경우가 건강 개념을 나타낸 것이라 볼 수 있는 이유는 이 논문의 분석 대상인 국내 건강권에 관한 학술 논문을 선정할 때 ‘건강권’ 뿐만 아니라 동일한 맥락에서 사용된 ‘보건권’, ‘건강할 권리’도 포함하였기 때문이다. 따라서 보건이나 생명과의 비교 측면에서의 건강 개념은 개별 논문의 ‘건강권’과 ‘보건권’ 명명과 그 관계를 함께 고려할 필요가 있다. 한 가지 유념할 사항은 건강 개념을 보건 개념이나 생명 개념과 비교하면서 건강 자체의 개념을 밝히지 않은 경우에 ‘건강은 보건과 다르다’ 혹은 ‘건강은 생명과 다르다’라는 규정도 건강 개념을 구성하므로 분석에 포함하였다는 점이다.

보건 개념을 “건강을 유지하며 생활하는 것”이라고 한 논문에서는 건강과 보건을 같은 개념으로 간주한 반면, 보건 개념을 “건강을 유지 및 증진하는 일” 혹은 “생명과 건강을 지키고 유지하는 일”이라고 한 논문들은 건강과 보건을 다른 개념으로 간주하였다(부록 3의 <표 2>). 또한 보건 개념을 “건강을 지킨다는 것”이라고 동일하게 정의하면서도 건강과 보건의 어떤 관계인지 밝히지 않은 논문과 건강과 보건을 다른 개념으로 간주한 논문이 공존하였다. 전술했듯이 건강 개념과 보건 개념 사이의 관계는 일관되지 않은 반면, 건강 개념과 생명 개념은 서로 다른 개념이라고 일관되게 나타났고 서로 다른 개념이지만 내용상 연결된다고 주장한 경우가 있다.

건강과 보건 사이의 관계와 건강권 명명과 보건권 명명 사이의 관계를 함께 살펴보면 보건 개념을 “국민의 건강이라는 공통 목표 아래 수렴하는 것”이나 “건강관리(health care)”와 같이 건강의 수단적 개념으로 간주했지만 전자의 논문은 건강권 명명과 보건권 명명을 동일하다고 여긴 반면 후자의 논문은 보건권이 건강권에 포함되기 때문에 건강권 명명과

보건권 명명은 동일하지 않다고 간주하였다. 이처럼 건강과 보건을 다른 개념으로 간주한 논문에서 건강권 명명과 보건권 명명을 동일한 것으로 간주한 논문과 동일하지 않은 것으로 간주한 논문이 공존한 반면, 건강과 보건을 같은 개념으로 간주한 논문에서는 건강권 명명과 보건권 명명을 동일한 것으로 간주하거나 건강권 명명만 사용하였다. 바꿔 말하면 건강권 명명과 보건권 명명이 동일한 관계에서는 건강과 보건의 같은 개념일수도 있고 다른 개념일수도 있지만 건강권 명명과 보건권 명명이 동일하지 않은 관계에서는 건강과 보건의 다른 개념만 나타났다.

다음으로 고정되지 않은 건강 개념은 단일하지 않은 건강 개념, 확대되는 건강 개념, 변화하는 건강 개념으로 범주화할 수 있다. 여기서 단일하지 않은 건강 개념에는 다양한 건강 개념 파악 방식, 상이한 건강 개념 정의, 소극적·적극적 건강 개념, 협의·광의의 건강 개념이 포함된다. 또한 확대되는 건강 개념에는 건강 개념의 확대, 건강에 대한 새로운 의미 부여가 포함된다. 또한 변화하는 건강 개념에는 건강 개념의 변화, 사회적 구성물, 시대·지역·환경에 따라 다른 건강 개념이 포함되었다(부록 3의 <표 3>).

다음으로 신체나 정신 등 범위 측면의 건강 개념이란 신체적 건강, 정신적 건강, 정서적 건강, 개인적 건강, 사회적 건강, 영적 건강 같은 건강 범위를 명시함으로써 건강의 개념을 정의한 경우를 말한다. 건강을 신체적·정신적 건강으로 간주한 논문, 개인적·사회적·신체적 측면을 포괄하는 개념으로 본 논문, 신체적·정신적·사회적 건강으로 간주한 논문, 신체적·정신적·영적 건강으로 간주한 논문, 신체적·정신적·사회적·정서적·영적 건강으로 간주한 논문이 나타났다.

다음으로 기능(functioning)과 잠재역량(capability)으로서의 건강 개념이란 아마티아 센이 주장했듯이 건강을 기능이자 잠재역량으로 정의하거나 잠재역량의 핵심·중요 요소로 정의한 경우를 말한다. 잠재역량은 가치 있는 일들을 할 수 있게 만들기 때문에 건강 역시 가치 있는 일들을 할 수 있게 만들거나 가치 있는 일들을 할 수 있게 만드는 핵심 요소가 된다. 여기서 잠재역량(capability)은 일관성 있는 서술을 위해 필자가

한 국문 번역 용어이고 실제 개별 논문에서 나타난 국문 번역 용어는 ‘능력’(3개 논문)과 ‘잠재력’(1개 논문)이었다.

다음으로 학문 분야를 고려한 건강 개념이란 보건학, 의학, 헌법학과 같은 학문 분야의 관점에서 건강 개념에 대해 언급한 경우를 말한다. 개별 논문에서는 보건학·의학의 관점, 보건학·의학·헌법학의 관점, 보건학·헌법학의 관점, 헌법학의 관점으로 건강 개념을 언급하였다.

마지막으로 기타 건강 개념이란 유형화할 수 없는 건강 개념으로서 전체 건강권 논문에서 한두 번 언급된 개념이다. 전체 건강권 논문에서 두 번 언급된 기타 건강 개념을 살펴보면, 건강·불건강 연속, 결과, 귀납적 도출, 모형, 사회적 맥락, 생활 영위, 세계노동기구의 노동 건강이 나타났다(부록 3의 <표 4>). 또한 전체 건강권 논문에서 한 번 언급된 기타 건강 개념을 살펴보면, 일반적인 건강에 대한 개념과 특수한 건강에 대한 개념으로 나눌 수 있는데, 일반적인 건강 개념에는 대처능력, 생체기능, 제도·사회적 문제, 질병·재해로부터 자유, 질적 삶이 나타났고 특수한 건강 개념에는 생애주기, 이해 능력, 안녕 상태와 인격체, 안전이 나타났다(부록 3의 <표 5>).

지금까지 건강 개념의 개별 하위 범주를 구체적으로 살펴보았다. 이와 달리 개별 논문 측면에서 나타난 건강 개념은 한 가지 하위 범주뿐만 아니라 여러 가지 하위 범주가 동시에 언급되기도 했는데, 다음 <표 28>와 같이 두세 가지 범주가 동시에 언급된 논문도 나타났다.

표 28. 개별 논문에서 언급된 건강 개념의 하위 범주 구성

개별 논문에서의 건강 개념의 하위 범주	논문 수
세계보건기구 개념	23
기타	15
보건·생명과 비교 개념	7
세계보건기구 개념, 보건·생명과 비교 개념	6
신체·정신 등 범위 개념	5
세계보건기구 개념, 기타	4
고정되지 않은 개념	4
세계보건기구 개념, 고정되지 않은 개념	4
기능과 잠재역량 개념	2
보건·생명과 비교 개념, 학문분야 고려 개념	2
학문분야 고려 개념	2
기능과 잠재역량 개념, 기타	1
세계보건기구 개념, 기능과 잠재역량 개념	1
세계보건기구 개념, 보건·생명과 비교 개념, 고정되지 않은 개념	1
고정되지 않은 개념, 신체·정신 등 범위 개념	1
보건·생명과 비교 개념, 신체·정신 등 범위 개념, 기타	1
보건·생명과 비교 개념, 학문분야 고려 개념, 기타	1

상기 표에서 개별 논문의 구체적인 서술 내용을 이해하기 위해 건강 개념의 세 가지 하위 범주가 동시에 나타난 논문을 살펴보고자 한다. 세계보건기구 개념과 보건·생명과 비교 개념 그리고 고정되지 않은 개념이 언급된 논문의 구체적인 내용을 요약하여 제시하면 다음과 같다.

가장 소극적인 의미로는 질병이 없는 상태이고 적극적인 건강상태의 개념으로는 WHO의 규정인 건강을 육체적, 정신적, 사회적으로 건강한 상태임. 보건에 대한 개념을 적극적으로 광범위하게 정의하는 사회일수록 국민의 건강을 위해 다양한 형태의 제도 개발과 자원 할당 가능. (문헌 162)

보건·생명과 비교 개념과 신체·정신 등 범위 개념 그리고 기타 개념이 언급된 논문의 구체적인 내용을 요약하여 제시하면 다음과 같다.

현대 건강관리에 기초가 되는 건강 정의는 건강과 불건강의 연속선(health-illness continuum) 개념임. 건강 개념은 단순한 개인적 차원의 신체적·정신적 건강에서 영적 개념을 포함한 넓은 의미로 확대. 보건은 생명과 건강을 지키고 유지하는 일. 생명은 건강에 대해 본질적·근원적·최소한의 개념. 건강은 생명에 대해 구체적이고 실현되며 실질적이고 생명과 건강에 대해 보건은 이들을 실현하고 지키고 증진시키는 한 수단적·방법적 개념. (문헌 017)

보건·생명과 비교 개념과 학문분야 고려 개념 그리고 기타 개념이 언급된 논문의 구체적인 내용을 요약하여 제시하면 다음과 같다.

‘보건’이라 함은 국민이 자신의 건강을 유지하며 생활하는 것으로서 ‘건강’이라는 개념과 동일. 건강권의 내용이 되는 ‘건강’은 보건 의학적 관점에서부터 헌법학적 관점까지 다양하게 정의되고 있음. 건강은 그 개념 자체가 가지고 있는 자연과학적·의학적 요소로 인해 규범학적 관점에서만 정의하는 것은 불가능하거나 무의미함. 오히려 건강을 규범적으로 정의하려는 것은 건강권의 내용에 해당하는 구체적 권리를 찾아내어 구체화하는 작업으로 전환되어야 함. (문헌 336)

③ ‘2013 건강권 서울시민회의’ 통한 일반시민의 속의적 산물에서 나타난 건강 개념

“2013 건강권 서울시민회의”에서 건강 개념이 나타난 분석 자료는 속의 과정이 어느 정도 진행된 본회의 1일째와 본회의 2일째에 나타났고 언급 비율은 학술 논문에 비해 낮았다. 건강권 맥락에서의 일반시민의 건강 개념은 다음 <표 29>과 같이 신체나 정신 등 범위 측면의 건강, 보건이나 생명과 비교 측면에서의 건강, 개인 아닌 사회적 차원의 접근, 생애주기가 나타났고 이들 개념의 범주는 모두 학술 논문에서 나타났다. 하지만 신체나 정신 등 범위 측면의 건강 개념에서 일반시민은 “사회관계적”이라는 새로운 범위를 언급하여 “사회적”이란 기존 범위를 경험적 측면에서 보다 명확히 하였고, 보건이나 생명과의 비교 측면의 건강 개념에서 일반시민은 건강이 생명과 같다고 보았지만 학술 논문은 건강이 생

명과 다르다고 보았기 때문에 차이가 있다. 학술 논문에서 최다 언급 빈도를 보였던 세계보건기구 건강 개념이나 고정되지 않은 개념, 기능과 잠재역량, 학문 분야 고려 개념의 범주는 일반시민에게서 언급되지 않았고 건강·불연속 연속, 결과, 귀납적 도출, 모형 등의 기타 개념도 언급되지 않았지만 자료의 수적 격차를 감안하면 일반시민의 건강 개념이 학술 논문에 비해 다양하지 않다고 평가하는 것은 부적절하고 오히려 일반시민은 건강 개념을 신체나 정신 등 범위 측면, 생명과의 비교 측면, 개인 차원과 사회적 차원의 대비 측면, 생애주기 측면에서 직관적으로 이해하고 있다고 평가하는 것이 더욱 적절하다.⁴¹⁾ 또한 일반시민의 건강 개념에서도 두 가지 건강 개념이 함께 나타나기도 하였는데, 신체나 정신 등 범위 측면의 개념과 기타 개념(사회적 차원의 접근)이 동시에 나타났다.

표 29. 건강권 논문에서 나타난 건강 개념과 일반시민의 건강 개념

건강권 논문에서 나타난 건강 개념의 범주	일반시민의 건강 개념
세계보건기구 개념	부재
보건, 생명과의 비교	우리에게 건강은 생명과 같음
고정되지 않은 개념	부재
신체, 정신 등 범위 측면	<ul style="list-style-type: none"> 정신적 건강, 육체적 건강 모두 중요함 건강은 신체적, 정신적, 사회관계적 건강을 아우름
기능과 잠재역량	부재
학문 분야 고려	부재
기타 개념 중	
<ul style="list-style-type: none"> 개인 문제 아닌 제도·사회적 문제 생애주기 	<ul style="list-style-type: none"> 개별 사회성원의 건강은 개인의 차원이 아닌 사회적 차원의 접근이 필수적임 건강은 나무(몸에 짝이 트고 잎이 무성하고 단풍들고 낙엽이 저서 떨어짐)와 같음

41) 하지만 개인 선언문과 최종 선언문 두 곳에서 나타난 “건강이란 신체적, 정신적, 사회관계적 건강을 아우르는 것”이란 건강 개념은 세계보건기구 건강 개념과 부분적으로 유사하다고 볼 여지는 있다.

④ 건강 가치 혹은 개념에 대한 소결

건강권 맥락에서의 건강 가치와 건강 개념은 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용 양쪽에서 언급 비율의 차이는 있었지만 양쪽 모두에서 중요한 논리적 요소임이 확인되었다. 일반시민의 경우 건강 개념보다 건강 가치를 더 많이 언급했고 건강 개념뿐만 아니라 건강 가치를 통해서도 건강권 논리구조의 타 요소를 도출하였기 때문에 건강권 개념 명확화 측면에서 건강 개념뿐만 아니라 건강 가치도 중요한 요소임이 확인되었다.

건강 가치 측면에서 학술 논문의 경우 건강 그 자체로 가치를 인정하거나 공동체, 삶, 생존, 안녕, 인간 존엄, 인권, 자유, 평등, 행복, 잠재력, 노동, 사회참여, 사회구성원 역할 수행 등과 연관 지어 건강 가치를 인정했다. 일반시민 역시 건강 가치를 건강 그 자체로 인정하거나 공동체, 삶, 인권, 행복과 연관 지어 인정했고 학술 논문과 달리 직접적으로 “정의”와 연계한 건강 가치를 언급했다. 학술 논문과 일반시민 양쪽에서 복수의 건강 가치가 언급되기도 했다. 이러한 건강 가치는 건강을 공동체, 삶, 인권, 인간 존엄, 자유, 평등 등과 같은 근본 가치 측면에서 사고하게 만듦으로써 건강을 규범적으로 이해하는 데 기여하고 건강권에서의 3중의 난해성 가운데 건강을 인권으로 간주하는 난해성을 극복하는 데 기여한다. 이러한 메카니즘을 통해 건강 가치가 다른 건강권 요소를 도출하게 만든다고 할 수 있다. 또한 건강권의 존재의의 측면에서 인간 존엄과 연관 지어 건강 가치를 인정한 것이 주목할 만하지만 언급 자체가 많지 않고 주장을 넘은 심층적 논의는 거의 부재했다. 또한 사회권위원회 일반논평 14호의 첫 문장에 등장한 건강 가치의 내용, 즉 여타 인권 행사의 필수적 기본 인권이라는 언급은 학술 논문과 일반시민 양쪽에서 나타났지만 언급 자체는 소수에 불과했다.

건강 개념 측면에서 국내 학술 논문의 경우 세계보건기구의 건강 개념, 보건이나 생명과의 비교 측면에서의 건강 개념, 고정되지 않은 건강 개념, 신체나 정신 등 범위 측면의 건강 개념, 기능과 잠재역량으로서의 건강 개념, 학문분야를 고려한 건강 개념 등의 순으로 많이 나타났고 유

형화할 수 없는 기타 개념이 나타났다. 기타 개념으로는 건강·불건강 연속, 결과, 귀납적 도출, 모형, 사회적 맥락, 생활 영위, 대처 능력, 생체 기능, 질병과 재해로부터 자유, 질적 삶 등으로서의 건강 개념이 나타났다. 일반시민의 경우 학술 논문에서 나타난 신체나 정신 등 범위 측면의 건강 개념, 생명과 비교 측면의 건강 개념, 사회적 차원의 건강, 생애주기 측면의 건강이 나타났지만 신체나 정신 등 범위 측면에서 “사회관계적”이란 새로운 범위를 언급한 점이나 생명과의 비교 측면에서 학술 논문과 달리 건강을 생명과 동일하다고 본 점은 달랐다. 학술 논문과 일반 시민 양쪽에서 개별 자료에 복수의 건강 개념이 언급되기도 했다.

전술한 건강 개념은 액면으로 대비되어 보이는 여러 유형이 혼재되었다. 구체적으로는, 단일 차원의 개념(기능과 잠재역량 등)과 다차원 개념(모형 등)이 나타났고, 열린 개념(확대, 새로운 의무부여 등)과 한정된 개념(질병·재해로부터 자유, 생체 기능 등)이 나타났으며, 경험적 개념(사회적 구성물, 귀납적 도출 등)과 추상적 개념(인간의 온전한 상태, 생명이 완전하게 기능하는 조건 등)이 나타났다. 또한 부정적 속성의 언급(건강과 불건강의 연속)과 긍정적 속성의 언급(순조로운 생명의 진화 작용 상태)이 나타났고, 상태나 결과로서의 건강(안녕상태, 생명의 구체적·실현된 개념)과 수단이나 조건으로서의 건강(생명과 신체를 질적으로 양호하고 양적으로 길게 확보하는 수단)이 나타났으며, 소극적 개념(질병과 재해로부터의 자유)과 적극적 개념(질적 삶)이 나타났다. 또한 건강 개념의 생명에 대한 영향(생명과 건강은 의미가 다르지만 내용상 연결)과 건강 개념의 정부 개입에 대한 영향(건강에 대한 협의의 규정 혹은 광의의 규정에 따라 정부의 서비스 제공 범위가 변화)이 나타났다. 일견 모순되어 보이는 여러 유형의 공존은 건강권 맥락에서 건강 개념에 대한 포괄적이고 심층적인 개념 정의가 필요함을 나타내고 이를 위해 비판적 실재론에 기반을 둔 한국 사회의 건강 개념에 대한 탐구, 특히 전술했던 건강의 경험적 개념 정의에서의 사회적 구성주의와 귀납적 도출 측면에서의 탐구가 필요하다.

전술했듯이 다양한 건강 개념이 학술 논문과 일반시민에게서 언급되

었지만 건강권의 존재의의, 특히 권력의 재조정 측면에서 검토하면 이와 관련된 건강 개념은 거의 다루어지지 않았다고 평가할 수 있다. 권력 재조정 측면에서의 건강 개념은 임파워먼트 측면에서 건강권을 프레이밍한 Yamin(1996)이 건강권을 건강에 대한 통제를 누릴 권리로 해석하면서 건강 관념에 대한 통제(control over one's sense of health)까지 포함한 것을 하나의 예로 들 수 있다(Yamin, 1996: 421). 이러한 건강 관념에 대한 통제 측면에서는 건강을 정상성(normality)이 아닌 규범성(normativity)의 한 형태로 이해하고 지식 질서와 생명유지 질서 사이의 틈을 인정하는 것이 필요하다(Greco, 2004: 3-5). 이렇게 되면 건강 관념에 대해 과학에 의해 인정된 관념의 외부에 존재하는 관념도 공평한 지위를 갖게 되고, 참여나 토론을 통해 그 지위가 행사되도록 만들어야 할 것이다. 물론 국내 건강권 논문에서 나타난 건강 개념 중 고정되지 않은 개념 범주에 ‘누가 건강을 말하는가’를 포함하는 정치경제적 맥락의 사회적 구성물로서의 건강 개념과 지속적으로 새로운 의미 부여가 필요하다는 건강 개념은 건강권 존재의의 측면에서 건강 개념의 사례로 볼 수 있지만, 소수에 불과하다.

학술 논문에서 가장 많이 언급된 건강 개념은 세계보건기구의 건강 개념이었지만 세계보건기구 건강 개념이 의료화를 야기하고 변화된 질병 구조를 반영하지 못한다는 Huber et al.(2011)의 비판과 같은 심층적 논의는 국내 건강권 논문에서 나타나지 않았다. 또한 세계보건기구 건강 개념을 채택하지 않고 “도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강”으로 명시한 사회권규약 제12조의 건강 범위에 대한 논의하거나 둘 사이의 차이에 대해 주목한 국내 건강권 논문도 부재했다.

한편 학술 논문에서 건강 개념 정의와 관련하여 한국 사회가 겪는 특수한 문제로서 ‘health’란 용어와 개념의 국문 번역 문제가 존재했다. 일례로 ‘건강’과 ‘보건’이란 용어가 혼용되거나 각각의 개념 혹은 둘 사이의 관계가 학문 분야나 연구자에게 따라 다양하게 나타났고 이는 또 다시 ‘건강권’과 ‘보건권’의 개념 정의 혹은 둘 사이의 관계와 연관되지만 그렇다고 항상 일관된 관계를 보이는 것은 아니다. 분석 결과에 나타났듯이

‘건강’과 ‘보건’을 서로 다른 개념이라고 간주하면서도 ‘건강권’과 ‘보건권’은 동일한 개념으로 간주하는 경우가 있다. 따라서 ‘건강’, ‘보건’, ‘건강권’, ‘보건권’의 개념 정의와 그 관계에 대한 논의가 활성화되어야 하고 가능하면 사회적 합의를 도출할 필요가 있다. 또 다른 예로는 세계보건기구의 건강 개념 정의에서 ‘well-being’은 국문으로 ‘안녕’뿐만 아니라 ‘건강함’, ‘건전함’, ‘복리’, ‘복지’, ‘안정’, ‘온전함’, ‘행복’ 등으로도 번역되어 혼동이 있다. 따라서 용어 문제로 인한 학술 소통의 장애를 해결하기 위해 무엇보다 심층 연구와 사회적 논의·합의가 필요하다. 사회적 합의에 이르기 전까지는 최소한 외국어와 병기하거나 용어의 개념 정의, 용어 사이의 관계에 대한 설명을 제시하는 것이 필요하다.

건강권에 대한 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용에서 건강 개념과 가치를 전체적으로 평가하면, 여러 차원과 수준에서 다양하게 언급되고 중요한 건강권 요소임이 확인되었지만 언급을 넘어선 심층적 논의는 거의 부재했고 국제법적 건강 가치나 개념은 제대로 수용되지 않은 상태이며 건강권의 존재의의 측면에서 건강 가치나 개념에 대한 언급과 논의는 거의 없었다. 이러한 한계를 유념하면서 한국 사회에서 나타난 건강 개념의 여러 차원과 수준, 구체적으로 학문 분야, 소극적·적극적 개념, 추상적·경험적 개념, 부정적·긍정적 개념, 수단(조건)과 결과(상태), 개념의 개방성 등을 포괄하는 연역적·귀납적으로 합당한 건강 모형을 도출하고 건강 그 자체의 가치뿐만 아니라 인간 존엄과 인권 측면에서의 건강 가치를 심층적으로 탐구할 필요가 있다. 또한 건강 가치와 개념이 다른 건강권 요소와 맺는 논리적 관계성에 대해 관심을 갖고 연구할 필요가 있다.

2) 건강권 보유자

① 건강권에 관한 국내 학술 논문의 건강권 보유자

1990년-2014년 건강권에 관한 학술 논문 가운데 30.1%의 논문이 건강권 보유자에 대한 내용을 언급했으며⁴²⁾ 건강권 논문의 증가 추세에는

많이 못 미치지만 증가 추세를 보였고 2001년도와 2007년도에 이전 추세보다 큰 증가 폭을 보였다.

건강권 보유자에 대한 언급내용은 크게 ‘○○는 건강권 보유자인가’라는 자격논의와 ‘건강권 보유자의 역량과 역할은 어떠한가’라는 임파워먼트 관련 내용으로 나눌 수 있다.⁴³⁾ 건강권 보유자의 자격논의에 비해 임파워먼트 논의가 2배 이상 많이 나타났다.

우선 건강권 보유자의 자격논의는 일부 논문을 제외하면 대부분 건강권 보유자의 자격을 주장하는 근거가 함께 제시되었다. 따라서 누가 건강권 보유자로서 자격을 갖는지 보다 잘 이해하기 위해서는 그러한 주장의 논거를 함께 살펴볼 필요가 있다. 건강권 보유자로서의 자격을 논의한 인구집단은 크게 네 가지 범주, 즉 국민으로 한정, 국민을 넘어 인정, 일부 기본권이 제한된 수용자, 취약계층으로 나눌 수 있고 각각의 범주는 자격을 주장하는 근거측면에서도 차이를 보인다. 여기서 국민을 넘어 인정하는 자격논의가 가장 많이 나타났고 취약계층의 자격논의가 다음으로 많이 나타났다. 참고로 개별논문에서 여러 인구집단의 자격이 논의된 경우도 있다.

보다 구체적으로 살펴보면 첫 번째로 외국인과 국적 미취득자 등을 제외한 국민에게만 건강권 보유자의 자격을 한정한 논문의 경우 국내법 혹은 재정적 부담을 근거로 주장하거나 일부 논문에서는 근거를 제시하지 않았다(부록 3의 <표 6>). 재정적 부담을 근거로 건강권 보유자의 자격

42) 참고로, 다른 분석과 마찬가지로 건강권 보유자 역시 건강권과 관련 있는 맥락에서 언급된 경우에만 분석에 포함하였고, 건강권 보유자가 호명된 내용이나 호명되지 않더라도 문맥상 명백하게 건강권 보유자에 대한 내용이면 분석에 포함하였다.

43) 여기서 한 가지 유념할 사항은 건강권 보유자 자격에 대한 논의의 경우 국민의 건강권, 수용자의 건강권, 여성근로자의 건강권 등과 같이 단지 특정집단의 건강권을 명명했거나 관련 내용을 언급했다고 해서 자격을 논의했다고 판단한 것은 아니다. “적극적 생존권으로서 건강권을 보장함에 있어 필연적으로 국가 등의 재정적 부담이 수반되는 바, 이러한 이유로 사회적 기본권으로서 건강권의 주체는 외국인을 제외한 국민에 한정된다는 것이 일반적인 견해임” 혹은 “헌법상 기본권의 하나인 건강권은 인권으로서 ‘모든 국민’은 물론 외국인 근로자도 예외는 아님” 혹은 “외국인노동자 역시 그들의 권리 중 가장 우선시 되어야 할 건강권을 위해 의료서비스를 더욱 확대해야 한다는 당위성은 다 공감”과 같이 자격을 한정하거나 인정하는 논의나 주장을 담을 내용인 경우에 건강권 보유자의 자격에 대한 논의가 이루어졌다고 판단하고 분석에 포함하였다.

을 국민에게만 한정된 주장에서는 건강권을 사회적 기본권으로 가정하였다.

두 번째로 국민을 넘어 국내에 거주하는 모든 사람, 내외국인, 외국인 노동자, 이주 아동, 이주 여성, 모든 사람에게 건강권 보유자의 자격을 인정한 논문의 경우 대부분 국제법이나 대한민국 헌법을 근거로 주장하였고 일부 논문에서 인간생존에 필요한 보호나 인간으로서의 지위, 모두가 다 공감한다는 당위성을 근거로 주장하였다(부록 3의 <표 7>). 여기서 인간으로서의 지위를 근거로 건강권 보유자의 자격이 모든 인간에게 있다고 주장한 한 개 논문에서는 자유권적 측면의 건강권을 전제하고 있었다. 한편 두개 논문에서는 외국인노동자가 건강권 보유자로서 “스스로 건강에 대한 문제 해결의 주체가 되어 책임을 다하고 이에 따른 권리를 누려야 함”을 주장하여 논란의 여지가 있다고 볼 수 있다.

세 번째로 일부 기본권이 제한된 수용자에게 건강권 보유자의 자격이 있음을 강조한 논문의 경우 대부분 국제법이나 헌법을 근거로 수용자도 기본권의 주체이며 건강권은 수용자가 보장받아야 할 기본권이라는 주장을 하였고 1개 논문에서는 수용자의 법적 지위에 대한 인식이 형벌의 객체에서 권리의 주체이자 형 집행 후 함께 생활해야 할 인격체로 바뀐 점을 근거로 주장하였다(부록 3의 <표 8>).

네 번째로 군인, 노동자, 장애인, 청소년, 환자, 여성, 남북한 주민 등의 취약계층에게 건강권 보유자의 자격이 있음을 강조한 논문의 경우 상당히 다양한 근거가 제시되었는데, 기본권인 건강권을 향유하는 국민 혹은 사회구성원 혹은 사회적 존재이기 때문이라는 근거가 여러 번 나타났고 그 외 헌법, 국제법, 인간 존엄성, 건강보장의 실효성, 당위성, 재생산 기능과 책임 등이 근거로 제시되었다. 여기서 재생산기능과 책임을 근거로 건강권 보유자의 자격을 주장한 논문의 경우 특정 건강권에 한정하여 논의하였는데, 여성 건강권과 생식 건강권(재생산 건강권) 측면에서 여성은 임신과 출산의 주체이기 때문에 건강권 보유자로서 자격을 갖는다는 주장, 여성노동자 건강권 측면에서 미혼여성이 미래의 임산부가 될 가능성이 존재하기 때문에 건강권 보유자로서 자격을 갖는다는 주장, 생식

건강권(재생산 건강권) 측면에서 남성은 임신·출산 과정을 함께 겪고 양육 등의 책임을 공유하기 때문에 건강권 보유자로서 자격을 갖는다는 주장이 각각 나타났다(부록 3의 <표 9>). 이들 근거 중 일부는 논리적 정당화 측면에서 윤리적 문제가 없는지 심층적으로 따져봐야 할 것이다.

지금까지 건강권 보유자의 자격에 대한 논의를 살펴보았고 다음으로 건강권 보유자의 임파워먼트에 관한 내용을 살펴보려고 한다. 건강권 보유자의 임파워먼트에 관한 내용에서는 건강권 보유자를 강조하는 ‘ 스스로’, ‘자신의’, ‘주체’, ‘직접’과 같은 단어가 보다 자주 나타났다. 임파워먼트에 관한 내용은 규정, 실태, 주장으로 나눌수 있는데, 규정의 내용이 실태나 주장의 내용에 비해 월등히 적게 나타났다. 우선 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 규정이란 “건강권은 공적 영역에 정당한 권리 주장 가능한 근거”혹은 “여성 건강권은 여성들이 세력을 강화하는 임파워먼트 단계로 발전해가는 가운데 완결”혹은 “(근로자의 건강권은 대국가적 효력을 가지므로) 근로자가 국가에 대하여 근로자의 생존을 위한 적극적인 건강 유지, 건강 회복, 의료보장 등에 관한 보호 조치를 구체적으로 입법 요구할 수 있음”등과 같이 건강권에 의해 건강권 보유자는 권리 주장, 억압 극복, 입법 요구 등을 할 수 있다고 ‘규정’하는 내용을 의미한다(부록 3의 <표 10>).

다음으로 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 실태란 “시대적 변화와 함께 국민의 건강권 주장이 증가함”혹은 “(태국) 에이즈 감염인들은 영향력 있는 사회집단으로 발돋움, 치료제를 둘러싼 여러 층위의 권력 관계를 재조정함”혹은 “청소용역 노동자는 건강권에 대한 인식이 부족하고 건강권에 대한 주장을 할 여유가 없음”등과 같이 건강권 보유자의 권리 주장이 증가하는 긍정적 추세라거나 그러한 주장을 할 여유가 없다는 부정적 현실, 혹은 건강권 보유자가 권력 관계를 재조정했던 경험이 있다는 등의 임파워먼트 ‘실태’를 언급한 내용을 의미한다(부록 3의 <표 11>).

다수 논문에서 건강권 보유자의 임파워먼트와 관련하여 긍정적인 실태를 언급했지만 일부 논문에서는 부정적인 실태를 언급하였다. 이들 부

정적 내용 중 일부는 상반되어 보이는 내용의 다른 논문도 있어서 내용 자체에 대해서는 따로 평가가 필요하다. 예를 들면 1994년 발행된 한 논문에서 한국 사회의 국민과 환자는 의료분쟁에서 건강권 의식이 희박하다고 평가한 반면 1993년 발행된 다른 논문에서는 건강권 개념 등장에 따라 권리 의식이 향상되어 의료 분쟁과 소송이 증가했다고 평가했고, 2013년 발행된 한 논문에서 한국 국민의 건강권 개념에 대한 의식은 높지 않다고 평가한 반면 1992년과 2008년에 발행된 다른 논문들에서는 건강권에 대한 의식, 신념, 중요성 인식이 증가하고 있다고 평가했다. 이렇게 평가가 상반되어 보이더라도 선불리 판단하기보다 여러 평가를 종합하는 심층적인 판단이 필요한데 그 이유는 판단의 전제나 맥락이 다를 수 있기 때문이다. 일례로 2007년 발행된 한 논문에서 한국 사회의 “환자는 자신에게 보건의료서비스과정에서의 권리가 있다는 사실을 충분히 인지하지 못함”이라고 부정적으로 평가하면서 “최근 비용 부담에 상응하는 소비자 권리를 주장하는 목소리가 높아지고 있지만 이는 비용의 대가로 소비자 권리를 인식한다는 점에서 사회적 기본권으로서의 건강권과 한참거리가 있는 접근방식”이라고 밝히 보건의료서비스 영역에서 소비자 권리와 건강권을 다른 것으로 전제하였기 때문에 부정적인 평가를 하였는데, 만약 건강권과 의료소비자 권리를 엄격히 구분하지 않는 관점에서는 상반된 평가가 가능하다. 여기서는 이러한 실태의 내용이 옳은지 여부를 따져보는 것이 목적이 아니기 때문에 상기의 표와 같이 구체적인 내용을 요약하여 제시하는 것으로 대신한다.

그럼에도 전술한 내용을 포함하여 부정적 실태를 언급한 내용들, 예로 한국 사회에서 청소용역노동자는 건강권에 대한 주장을 할 여유가 없는 현실(2012년 발행 논문), 한국 사회의 피임·낙태는 여성 보다 국가와 가부장적 이데올로기에 의해 통제되어 왔던 현실(2014년 발행 논문), 일본의 경우시민이 주체가 되지 못한 의료 근대화로 인해 “차별의료 체계”에 대해 자기주장을 내세우기 어려운 현실이라는 점은 건강권 보유자의 임파워먼트 측면에서 우리 사회를 성찰하게 만드는 장점이 있다. 이러한 부정적 실태뿐만 아니라 국제적으로 여성들의 건강권 주장, 태국 에이즈

감염인의 의약품 접근권 투쟁, 외국 국민들의 용이한 약물 정보 접근으로 인한 지식강화 등의 긍정적 실태 역시 그런 장점이 있다.⁴⁴⁾

마지막으로 2008년 한국 사회에서 미국산 쇠고기 수입 문제로 인해 ICOOP생활협동조합, 주부카페, 요리커뮤니티사이트 등의 비정치적 단체와 여성, 네티즌, 중고생, 주부, 민중 등이 건강권 보유자로서 자력화한 사실은 눈여겨볼만하다.

다음으로 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 주장이란 “정부가 결코 국민의 건강을 건사해주지 않을 것 같으니 우리 스스로 싸워야함” 혹은 “여성의 경험과 현실을 이해하고 여성의 목소리가 기본이 되어야함” 혹은 “비용부담에 상응하는 소비자 권리 주장은 사회적 기본권으로서의 건강권과 거리가 멀”등과 같이 건강권 실현을 위해 건강권 보유자의 자력화와 관련된 필요나 의견을 ‘주장’하는 내용을 말하다. 필요를 주장한 논문이 의견을 주장한 논문 보다 많이 나타났고 필요와 의견을 함께 주장한 논문도 일부 나타났다(부록 3의 <표 12>).

건강권 보유자의 임파워먼트에 관한 주장은 건강권과 관련하여 건강권 보유자의 인식, 의식, 관심, 요구, 주장, 활동, 역량강화, 운동, 투쟁, 연대, 네트워크건설, 문제 제기, 조직화, 개선 촉구, 결정, 참여, 노력, 목소리 내기, 권리 찾기, 권리 행사 등이 가능하다고나 필요하다고 주장하는 내용이었다.

건강권 보유자의 임파워먼트에 관한 주장에서는 건강권특정 쟁점에 대해 상반되는 관점의 주장들이 존재하는데, 건강권을 범 테두리 내로 한정할 것인지의 쟁점, 건강권 측면에서 소비자의 권리를 어떻게 볼 것

44) 여기서는 기술하지 않았지만 분석 결과에서 만성 골수병 백혈병 환자와 가족이 글리벡 관련하여 투쟁을 전개하였으나 결국 실패했던 사실을 건강권 보유자의 임파워먼트와 관련하여 부정적 실태로 분류하지 않은 이유는 임파워먼트 자체가 그 결과와 무관하게 권리를 인식·주장하고 자기 목소리를 내는 행위와 과정을 의미하기 때문이다. 만성 골수병 백혈병 환자와 가족이 적극적으로 요구하여 글리벡시판이 허용되고 이후싼값으로 글리벡을 공급해 줄 것을 요청하였지만 수용되지 않아서 가격인하와 강제실시를 요구했고 이것도 수용되지 않아서 경제적으로 어려운 환자는 인도 제약회사에서 복제약을 직수입했는데 결국 그것마저도 불가능해졌던 것이 실제 투쟁의 결과였지만 권리 인식·주장과 목소리를 내는 임파워먼트 측면에서는 긍정적인 실태로 분류하는 것이 당연하다.

인지의 쟁점, 2008년 미국 쇠고기 수입 문제 관련 시민들의 반응이 권리 행사인지 아니면 분노인지의 쟁점이 그 경우에 해당한다. 건강권의 법 테두리 한정 관련 쟁점의 경우 건강권은 국가의 입법이 있어야만 국가를 상대로 구체적이고 현실적인 권리로서 주장이 가능하다고 본 논문이 있는 반면, 권리 인식을 법이나 기성 질서의 테두리에 가두지 않고 일상에서 노동자 건강권을 풍부하게 만들어 가는 주체가 다수가 되어야 한다고 본 논문이 있었다. 또한 소비자 권리 쟁점의 경우 최근 국민 건강권과 관련해 소비자의 의사결정 역량을 강화하여 의료소비자의 권리를 되찾아야한다거나 건강 문제에서 환자 주체성을 보장하는 대표적 흐름인 의료소비자 운동 등을 통해 건강권을 확보해야 한다고 주장한 논문들이 있는 반면, 비용 부담에 상응하는 소비자 권리를 주장하는 것은 비용의 대가로 소비자 권리를 인식한다는 점에서 사회적 기본권으로서의 건강권과는 한참거리가 있는 접근방식이기 때문에 ‘건강은 사회적 기본권’이라는 인식을 사회 구성원이 공유해야한다고 주장한 논문이 있었다. 또한 2008년 미국 쇠고기 수입 문제에서의 시민 반응 관련 쟁점의 경우 촛불 집회에서 학생들이 기본권 주체로 권리를 행사하였다거나 민중은 촛불 항쟁의 경험을 발전시키고 투쟁하여 건강권을 실질적으로 향유할 필요가 있다고 주장한 논문들이 있는 반면, 인간광우병 위험성에 대한 다중의 공포가 과학적 사실에 위배되므로 정부가 국민 건강권을 팔아먹었다는 시민들의 분노가 합리적이지 않았다고 주장한 논문도 있었다.

건강권 보유자의 임파워먼트에 관한 주장에서는 제도, 탈핵, 의료공공성, 노동조건, 지방자치조례, 생명과학기술 관련 대안, 미국 쇠고기 수입 등과 같이 제도적·구조적 접근방식이 필요한 문제뿐만 아니라 개인적 접근방식이 필요한 문제에 대해서도 건강권 보유자의 임파워먼트의 필요성을 주장한 논문이 있었다. 그중에서도 개인수준의 건강관리와 관련한 내용이 많았다. 즉 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 주장은 구조와 행위, 거시와 미시, 사회와 개인의 통합을 지향함으로써 권력, 자원, 자기 삶에 대한 통제력을 획득해야하지만 거시적·구조주의적 접근을 제외한 심리적 차원이나 행위 중심적 차원의 미시적·개체주의적 접근

의 임파워먼트에 대한 필요성만 주장하는 내용도 나타났다(박시중, 2001: 94-105).

② ‘2013 건강권 서울시민회의’의 건강권 보유자

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 건강권 보유자에 대한 언급이 나타난 분석 자료는 전체 진행 단계에서 모두 나타났고 언급비율은 학술 논문에 비해 2배 이상 높았다. 일반시민은 건강권 보유자에 대해 자격과 임파워먼트 측면에서 언급하였지만 자격에 대한 언급은 소수였고 임파워먼트에 대한 언급이 월등히 많았는데, 이는 건강권 논문의 경우에 비해서도 그 차이가 더욱 컸다.

우선 건강권 보유자의 자격에 대한 내용은 숙의 과정이 어느 정도 진행된 본회의 1일째와 2일째에 나타났는데 구체적으로는 ‘누구나’, ‘모든 시민’, ‘모든 사람’이 건강권 보유자라고 언급하였다. 건강권 논문에서와 마찬가지로 건강권 보유자의 자격언급에는 그 논거가 함께 제시되었는데, ‘누구나’ 건강권 보유자라고 한 주장은 건강권 해석(몸과 마음을 스스로 지배할 수 있는 자유에 관한 권리)을 바탕으로 제시되었고 ‘모든 시민’이 건강권 보유자라고 한 주장과 ‘모든 사람’이 건강권 보유자라고 한 주장은 건강 가치(건강은 기본적인 사회적 권리, 건강은 보편적으로 보장받아야 할 권리)를 바탕으로 제시되었다.

다음으로 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 내용이 나타난 분석 자료를 살펴보면, 임파워먼트에 대한 규정, 실태, 주장이 모두 나타났고 건강권 논문과 달리 규정이나 실태의 내용이 적고 주장의 내용이 많았다. 일반시민이 언급한 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 내용은 건강권 논문에서 많이 사용된 ‘스스로’, ‘자신의’, ‘주체’, ‘직접’과 유사한 ‘자기’, ‘스스로’도 사용되었지만 이들 단어 보다 ‘자활’, ‘결정’, ‘의지’, ‘요구’, ‘운동’이 더 자주 사용되었고 보다 일상적 용어인 ‘할 수 있는’ 혹은 ‘당당하게’, ‘~에 묶이지 않은’, ‘잘 알지 못한다’와 같은 단어를 통해 임파워먼트의 내용이 드러나거나 ‘시혜’와 대비해서 임파워먼트의 내용이 나타나

기도 했다. 우선 일반시민들이 건강권 보유자의 임파워먼트 관련하여 규정한 내용은 모두본회의 2일째에 등장했고 건강권 보유자가 생존기반이 보장된 상태에서 선택과 자기결정을 할 수 있어야한다는 내용이었다. 이는 건강권을 각기 “스스로 삶을 영위할 수 있는 권리”와 “스스로 존엄한 삶을 누릴 권리”로 해석한 것에 기반을 둔 내용이라 할 수 있다. 또한 건강권 논문에서는 건강권 보유자의 권리 주장, 억압 극복, 입법 요구 등에 대한 규정이었다면 일반시민들은 건강권 보유자로서 쪽방주민의 ‘선택’과 ‘자기결정’을 강조하는 규정이었다.

또한 일반시민들이 건강권 보유자의 임파워먼트 실태에 대해 언급한 내용은 모두 서울시 쪽방주민에 대한 평가로서 부정적 실태가 많았고, 긍정적 실태와 실태 조사의 필요성 언급이 일부 나타났다. 구체적으로는, 일반시민이 언급한 부정적 실태의 경우쪽방주민이 건강권 보유자로서 자기결정권, 참여, 자활경험이나 의지, 자신의 몸과 마음에 대한 지배력, 요구, 자율성이 침해받고 있거나 부족하다고 평가한 반면, 긍정적 실태의 경우 쪽방촌의 주민활동과 특정 쪽방주민 개인의 심리와 수급비 관리 상황을 긍정적으로 평가하였으며, 조사 필요의 경우 쪽방주민의 자력 의지와 주민 공동체나 금주·금연 기구 생성 시 참여 의지에 대해 궁금하다고 하였다. 이때 임파워먼트에 대한 접근 전략으로 구조와 행위, 거시와 미시, 사회와 개인의 통합을 상기하면, 긍정적 실태로서 언급된 특정 쪽방주민의 실태는 다른 부정적 실태와 상반되는 평가로 나타난 이유는 임파워먼트에 대한 통합적 접근이 아니라 심리적 차원과 행위 중심적 차원의 미시적·개체주의적 접근에만 해당하기 때문임을 알 수 있다.

또한 일반시민들이 건강권 보유자의 임파워먼트에 대해 주장한 내용은 모두 필요에 대한 주장이었고, 크게 미시적·개체주의적 접근과 통합적 접근으로 나눌 수 있다. 일반시민은 임파워먼트에 대한 미시적·개체주의적 접근에 비해 통합적 접근을 좀 더 많이 언급했지만 건강권 논문에 비하면 상대적으로 미시적·개체주의적 접근의 비중이 높았다. 이들 주장에서는 쪽방주민뿐만 아니라 특정하지 않은 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 주장 내용도 존재한다. 일반시민들이 쪽방주민과 건강권

보유자의 임파워먼트에 대해 주장한 내용은 미시적·개체주의적 관점에서 자기 관리, 운동, 명상, 마음, 건강에 대한 불안, 자존감 관련한 필요를 주장하였고 통합적 접근에서 삶에 대한 결정, 자율성, 선택, 자활, 참여, 자치, 요구, 권리 인식, 서울 시민 혹은 공동체 일원으로서 당당한 삶과 지위 회복의 필요를 주장하였으며 후자에서는 ‘시혜’가 아닌 자활이 가능한 정부 제도가 필요하다는 주장도 있었다. 앞서 언급했듯이, 건강권 논문의 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 주장에서 미시적·개체주의적 접근(건강관리에 대한 필요) 보다 통합적 접근(건강권 관련 인식, 의식, 관심, 요구, 주장, 활동, 역량강화, 운동, 연대, 결정, 참여, 목소리 내기, 권리 찾기, 권리 행사 등에 대한 필요)이 많았던 것 처럼 일반시민에서도 그러하였지만 일반시민에서 미시적·개체주의적 접근의 비중이 더 높았던 이유는 숙고 과정이 시작하기 전에 작성된 ‘건강에 필요한 것들’에 대한 개인 메모에서 그러한 내용이 많이 나타났고 개인 메모가 수적으로 분석 자료의 상당한 비중을 차지했기 때문이다. 이때 ‘숙고과정의 부재’와 달리 ‘개인의 작성’은 중요 변수가 아니었는데 ‘건강에 필요한 것들’에 대한 개인 메모에서는 미시적·개체주의적 접근이 통합적 접근에 비해 월등히 많았던 반면, 숙고 과정이 어느 정도 진행된 본회의1일째 작성된 개인 선언문에서는 미시적·개체주의적 접근에 비해 통합적 접근이 훨씬 많이 나타났기 때문이다.

한편, 진술한 분석 결과를 살펴보면 통합적 접근으로 건강권 보유자의 임파워먼트와 관련하여 언급한 내용의 경우건강권 논문이 주장한 필요의 대상과 일반시민이 주장한 필요의 대상이 사뭇 다르다. 구체적으로는 건강권 논문의 주장 내용이 건강권 인식이나 주장, 활동 등 건강과 관련된 임파워먼트내용이 많다면 일반시민의 주장 내용은 건강권 보유자의 삶에 대한 결정, 자율성, 자활, 선택, 자치, 당당한 지위 등 삶이나 존재 전반에 대한 임파워먼트 내용이 많았다. 이러한 이유로는 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서는 시민패널자신의 건강권뿐만 아니라 사회적으로 매우 열악한 쪽방주민의 건강권에 대한 숙고도 함께 진행하여서 건강 분야 뿐만 아니라 거의 모든 면에서 불리한 위치에 있는 건강권 보유자를 고

려했기 때문이라고 볼 수 있다. 이는 곧 건강권 침해를 받고 있는 건강권 보유자의 생활과 경험을 직간접적으로 확인하고 그들의 목소리를 들으며 소통하는 것은 건강권에 대한 숙의에 중요한 요소라는 점을 시사하며 일반시민들은 논증적이어야 하는 학술 연구보다 경험적 이해에 기초하여 인간 삶과 존재 측면에서 건강권을 인식하는, 즉 건강 분야에 한정된 건강권이 아닌 인권으로서의 건강권을 인식하는 경향이 더 강하다는 점을 보여준다.

③ 건강권 보유자에 대한 소결

건강권 보유자와 관련해서는 건강권 보유자의 자격과 임파워먼트에 대한 내용이 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용 양쪽에서 나타났고 일반시민의 경우 건강권 보유자의 내용이 건강 가치, 건강권 근거, 건강권 해석과 연관되는 것으로 나타나 건강권 보유자가 중요한 건강권 요소임을 확인할 수 있었다. 일반시민의 경우 다른 건강권 요소에 비해 건강권 보유자에 대한 언급을 많이 했고 학술 논문에 비해서도 상대적으로 두 배 이상 많이 언급하여 일반시민의 건강권 보유자에 대한 관심이 높음을 확인하였다. 건강권 보유자에 대한 자격 논의와 임파워먼트 관련 내용 중에서는 후자가 더 많았고 학술 논문에 비해 일반시민에서 그 경향이 더 강했다.

건강권 보유자의 자격에 대해 일반시민은 모든 사람에게 자격을 인정한 반면, 학술 논문에서는 국민으로만 자격을 한정하는 주장이 일부 나타났다. 일반시민의 경우 몸과 마음의 주체성을 강조하는 건강권 해석이나 건강이 기본적·보편적 권리임을 인정하는 건강 가치를 논거로 건강권 보유자의 자격을 제한하지 않았던 반면, 학술 논문의 경우 국내 법률과 재정적 부담을 이유로 국민에게만 자격을 한정하는 주장이 일부 나타났다. 물론, 학술 논문에서도 국제법이나 대한민국 헌법, 인간으로서의 지위, 인간생존에 필요한 보호 등에 근거하여 건강권 보유자의 자격을 국민을 넘어 인정하는 주장이 가장 많이 나타났고 국제법과 대한민국 헌법

뿐만 아니라 사회 인식변화, 인간 존엄성, 당위성 등 다양한 논거에 근거하여 수용자와 취약계층의 건강권 보유자로서의 자격을 강조하는 주장도 나타났다. 이러한 주장 가운데 외국인 노동자는 건강권 보유자로서 건강 문제 해결 주체로서 책임을 다하고 권리를 누려야한다는 주장이나 임신과 출산의 가능성을 이유로 여성에게 재생산건강권 보유자의 자격을 부여하는 주장은 쟁점을 흐리거나 반인권적 요소로 논란의 여지가 있다. 건강권 존재의의 중 인간 존엄 측면에서 건강권 보유자의 자격은 보편적으로 인정되는 것이 마땅하다. 하지만 건강권을 단순히 제정에만 영향 받는 사회권으로 전제하거나 이미 국내에서 발효한 국제법이 아닌 국내 법률을 근거로 건강권 보유자의 자격을 국민으로 제한하는 것은 합당한 건강권 주장이라 보기 어렵다. 그나마 학술 논문에서 국제법이나 철학적 논거를 통해 국민을 넘어 자격을 인정하는 주장이 가장 많았던 점, 그리고 다양한 논거에 의해 수용자와 취약계층의 건강권 보유자로서 자격을 강조한 점은 긍정적 현상이다. 그럼에도 이러한 주장들과 건강권 보유자의 자격을 제한하는 주장에 대한 보다 심도 깊은 논증이나 비판이 드물었던 점은 한계다.

건강권 보유자의 임파워먼트에 관한 내용은 건강권 핵심적 존재의의 중 권력의 재조정 측면에서 중요하다. 이때 임파워먼트에 대한 접근 전략은 구조와 행위, 거시와 미시, 사회와 개인의 통합이 바람직하지만 이러한 통합적 접근이 아니라 심리적 차원과 행위 중심의 미시적·개체주의적 접근도 나타났기 때문에 유념할 필요가 있다. 학술 논문과 일반시민에게서 나타난 건강권 보유자의 임파워먼트에 관한 내용은 건강권 보유자가 건강권을 근거로 권리 주장, 억압 극복, 입법 요구 등을 할 수 있다고 ‘규정’하는 내용, 건강권 보유자의 권리 주장이 증가하는 추세라거나 건강권 개념에 대한 의식이 높지 않다는 등의 ‘실태’를 언급한 내용, 국민 건강을 위해 우리 스스로 싸워야 한다는 필요성이나 소비자 권리 주장은 사회적 기본권으로서의 건강권과 거리가 멀다는 의견 등을 ‘주장’하는 내용이 나타났다. 학술 논문에서는 실태에 대한 내용이 가장 많이 나타났고 일반시민에서는 주장에 대한 내용이 가장 많이 나타났으며

양쪽 다 규정에 대한 내용이 가장 적었다.

건강권 보유자의 임파워먼트 실태의 경우 학술 논문에서는 긍정적 실태가 많이 언급된 반면 일반시민에서는 부정적 실태가 많이 언급되었는데 후자의 경우 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 수행한 쪽방주민 건강권 현황에 대한 평가라는 특수성에서 기인한다. 학술 논문에서는 국내 특정 현상에 대해 상반된 실태 평가가 존재하여 혼동을 유발하기도 했는데, 이런 현상은 소비자 권리를 건강권으로 포함할지 아니면 다른 것으로 간주할지와 같은 판단의 전제나 맥락의 차이에서 연유한다고 볼 수 있다. 일반시민에서는 쪽방주민의 임파워먼트 실태가 대부분 부정적으로 언급되었지만 긍정적으로 언급된 일부 경우는 임파워먼트에 대해 통합적 접근이 아닌 미시적·개체주의적 접근을 했기 때문이다. 따라서 건강권 보유자의 임파워먼트 실태는 건강권 해석이나 임파워먼트 개념과 같은 판단의 전제나 맥락의 차이를 고려하여 심층적으로 판단할 필요가 있다.

건강권 보유자의 임파워먼트를 위한 주장의 경우 임파워먼트에 대한 통합적 접근에서는 학술 논문이 건강 분야와 관련된 임파워먼트의 필요를 주장한 반면 일반시민은 개인 삶이나 존재 전반에 대한 임파워먼트의 필요를 주장하여 사뭇 달랐다. 이를 통해 일반시민은 논증적이어야 하는 학술 연구에 비해 경험적 이해에 기초함으로써 건강 분야에 한정된 건강권이 아닌 인권 틀에서 건강권을 인식하는 경향이 더 강함을 알 수 있다. 하지만 일반시민은 건강권 보유자의 임파워먼트를 주장하면서 학술 논문에 비해 상대적으로 미시적·개체주의적 접근을 많이 했고 그나마 숙의 과정이 진행될수록 미시적·개체주의적 접근 보다 통합적 접근이 증가하였다. 이런 측면에서 임파워먼트에 대한 통합적 접근을 위해서는 숙고 과정이 중요하고 그러한 숙고 과정에는 건강권 보유자의 삶과 목소리를 확인하는 귀납적·상향식 접근법이 중요함을 알 수 있다. 또한 학술 논문에서는 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 주장에서 건강권을 법 테두리 내로 한정할지, 2008년 미국산 쇠고기 수입 문제에 대한 시민들의 반응을 어떻게 볼지, 그리고 전술했던 건강권 측면에서 소비자의 권

리를 어떻게 볼 것인지를 쟁점에 대해 상반되는 관점의 주장이 나타났는데, 이는 건강권의 근거나 해석에 연관되었다고 볼 수 있다. 일반시민에서도 건강권 보유자에 대한 언급 내용은 여타 건강권 요소인 건강 가치, 건강권의 근거와 해석과 연관성이 있는 것으로 나타났다.

건강권 보유자의 자격과 임파워먼트 측면에서 건강권에 관한 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용을 전체적으로 평가하면, 학술 논문과 일반시민 양쪽에서 관련 내용이 언급되었고 중요한 건강권 요소로 확인되었지만 학술 논문에서는 국내법과 재정 부담을 논거로 건강권 보유자의 자격을 국민으로만 한정하는 주장이 나타났고 학술 논문과 일반시민 양쪽에서 임파워먼트에 대한 미시적·개체주의적 접근이 상당수 나타났다. 물론 학술 논문에서도 국제법과 철학적 논거를 통해 국민을 넘어서는 자격 주장이 가장 많았고 수용자나 취약계층의 자격을 강조하는 주장이 상당했다. 또한 학술 논문에 비해 임파워먼트에 대한 미시적·개체주의적 접근이 상대적으로 많았던 일반시민에서도 숙의 과정이 진행됨으로써 임파워먼트에 대한 통합적 접근이 증가하는 등의 긍정적 현상이 있었다. 하지만 건강권 존재의의 중 인간 존엄과 권력 재조정 측면에서 중요한 건강권 보유자에 대한 논의가 심층적 논증으로 이어지지 않고 대부분 주장에 머물고 있다는 점, 건강권 보유자의 자격 논의나 임파워먼트에 대한 논의에서 국제법적 내용들이 논거로서 그 역할이 미미하다는 점은 건강권 개념의 명확화 측면에서 한계이다.

국내법이나 철학적 논거들이 증가할수록 건강권 보유자의 보편적 자격 논의가 증가한다는 점, 일반시민들에게서 건강권에 대한 숙의 과정이 진행될수록 임파워먼트에 대한 미시적·개체주의적 접근 보다 통합적 접근이 증가한다는 점은 건강권 존재의의 중 인간 존엄과 권력 재조정 측면에서 한국 사회의 건강권 관련 국제법에 대한 형식적 수용이 아닌 내용적 수용이 촉진되고 학계와 일반시민의 숙의 과정, 즉 연역적·하향식 및 귀납적·상향식의 사회적 숙의 과정이 활성화되어야 함을 시사한다. 이러한 측면에서 무엇보다 건강권 존재의의 측면에서의 건강권 보유자에 대한 관심을 제고할 필요가 있다.

3) 건강권 의무담지자

① 건강권에 관한 국내 학술 논문의 건강권 의무담지자

1990년-2014년 건강권에 관한 학술 논문 가운데 41.5%의 논문이 건강권 의무담지자에 대한 내용을 언급했으며⁴⁵⁾ 건강권 논문의 증가 추세에는 못 미치지만 건강권 의무담지자를 언급한 논문도 지속적인 증가 추세를 보였고 2000년대 후반에 그 경향은 더욱 강해졌다. 여기서 건강권 의무담지자에 대한 내용을 언급했다는 의미는 건강권 의무담지자의 존재를 인정하면서 동시에 의무내역을 언급했다는 것을 의미한다.

우선 건강권 의무담지자의 구체적인 존재로 ‘국가’만 언급한 논문⁴⁶⁾이 압도적으로 많았고 뒤이어 ‘국가’와 ‘국가 외’ 의무담지자를 모두 언급한 논문이 나타났으며 ‘국가 외’ 의무담지자만 언급한 논문은 일부 나타났다. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’에 대한 언급은 “국가의 적극적인 건강권 보호 의무는 보건의료분야에 대한 국가의 통제권을 증가시키는 것임”과 같은 구체적 서술에서 나타났고 건강권 의무담지자로서 ‘국가 외’ 의무담지자에 대한 언급은 “학생의 건강과 안전 보호의 책임주체는 학교의 설립자, 경영자, 학교장임”과 같은 구체적 서술에서 나타났으며 건강권 의무담지자로서 ‘국가’와 ‘국가 외’ 의무담지자에 대한 언급은 “보건의료기본법은 건강권 실현 주체로서 국가, 지방자치단체, 보건의료인의 책임을 규정함”과 같은 구체적 서술에서 나타났다. 우선 ‘국가 외’ 의무담지자에 대한 언급을 살펴보면 보건의료계, 기업, 사회, 기타로 나눌 수 있다(부록 3의 <표 13>).

‘국가 외’ 건강권 의무담지자는 기업범주에서 가장 많이 나타났고 이어서 보건의료계 범주, 사회 범주 순으로 많이 나타났다. 이는 국내 학술

45) 참고로, 다른 분석과 마찬가지로 건강권 의무담지자 역시 건강권과 관련 있는 맥락에서 언급된 경우에만 분석에 포함하였고 추가적인 조건으로 의무담지자의 ‘의무’나 ‘책임’이 명시적으로 기술되거나 맥락상 자명한 경우에만 분석에 포함하였다. 이러한 건강권 의무담지자 관련 내용은 ‘건강권의 내용’과 중복될 수 있다.

46) 여기서 ‘국가’란 중앙과 지방자치단체의 입법부, 사법부, 행정부 및 관련 기관을 의미한다.

논문에서 Rumbold의 분석결과에서 언급한 보건의료 인력(특히, 의사)과 모든 사람뿐만 아니라 사업주나 사용자와 같은 기업 범주의 의무담지자가 새로이 나타나 특이할만하다(Rumbold, 2015: 14). ‘국가 외’ 의무담지자는 ‘국가’와 함께 언급되는 경우가 많았지만 그렇지 않은 경우도 있었다. 국가 외 건강권 의무담지자로서 간호사, 의료기관, 사용자, 학교설립자와 같이 사회적으로 책임이나 역할이 부여된 존재도 언급되었지만 개인이나 국민, 이주노동자와 같은 건강권보유자들도 언급되었고 사회나 사회의 각 기관처럼 특정되지 않은 의무담지자들도 언급되었다. 국가 외 건강권 의무담지자에 대한 언급내용으로는 건강권을 보장할 의무나 책임이 있다는 내용과 같이 의무담지자로서의 존재를 인정하는 동시에 추상적으로 의무를 부여하는 내용이거나, 평등한 간호제공이나 작업장에서 청소년노동자를 위한 산재보험이나 치료비 지급 등 최소한의 책임과 보상과 같은 구체적인 의무내역을 부여하는 내용, 또는 국민에게 국가의 정책에 협조하고 국가의 조치를 감수할 의무가 있다거나 이주노동자에게 스스로 건강권을 지키기 위한 책임이 있다는 것과 같이 건강권보유자에게 의무를 부여하는 내용이 나타났다.

한편, Rumbold에 의하면 의사나 모든 사람 등과 같이 건강권 의무담지자를 특정화하는 방식 외에도 물리적 근접성이나 도울 수 있는 능력과 같이 건강권 의무담지자를 구체화하는 방식도 출현했다고 하였는데, 상기 표에서 이주노동자 건강권의 의무담지자의 경우 출신국이 보호 의무를 다하기 어려운상황이라는 조건 하에서 체류국, 국제사회, 보편적 인간이 의무담지자로 언급되었으므로 구체화 방식과 특정화 방식이 혼합된 것으로 볼 수 있다(Rumbold, 2015: 14-15). 또한 미국 국민의 건강권을 주로 담당하고 있는 미국 건강보장체계의 민간 부문은 역사적·이념적 맥락 속에서 구체화되었다고 볼 수 있으므로 건강권 의무담지자의 구체화 방식으로 새로운 범주, 즉 경로의존성(역사적 제도주의)가 나타났다고 볼 수 있다.

다음으로 건강권 의무담지자로서 ‘국가’에 대한 언급내용을 살펴보면⁴⁷⁾ 하나의 차원으로서 의무 유형에 따른 의무 규정과 의무 유형과 무

관한 의무 규정으로 나뉘고, 또 다른 차원으로서 추상적인 의무 부여(즉, 건강권 의무담지자로서의 존재 인정)와 구체적인 의무 부여로 나뉜다. 먼저 의무 규정에 대한 보다 체계적인 이해를 위해 의무 유형과 관련된 차원으로 나누어 살펴보고 필요시 그 세부 내용을 추상적·구체적 의무 차원으로 살펴보고자 한다.

건강권 의무담지자로서 ‘국가’를 언급한 논문 가운데 의무 유형과 무관한 의무 내용만을 언급한 논문이 월등히 많았고 뒤이어 의무 유형에 따른 의무 내용과 의무 유형과 무관한 의무 내용이 동시에 언급한 논문이 많았으며 의무 유형에 따른 의무 내용만 언급한 논문은 소수였다. 여기서 의무 유형이란 앞서 <표 1>에서 소개한 유형1의 즉각적·점진적 의무, 유형2의 존중·보호·실현 의무, 기타 유형(최소핵심 의무와 보다 우선적인 의무 등)의 세 가지 범주를 말한다. 우선, 의무 유형에 따른 의무 내용을 살펴보면, 기타 의무 유형이 의무 유형1과 의무 유형2에 비해 많이 나타났고, 개별논문에서는 복수의 유형이 나타나기도 했다.

먼저 의무 유형1의 즉각적·점진적 의무 내용에 대해 살펴보면, 즉각적 의무와 점진적 의무가 함께 언급된 경우가 많았고 점진적 의무만 언급되거나 즉각적 의무만 언급되기도 했다(부록 3의 <표 14>). 구체적인 의무내역은 즉각적 의무에서 많이 나타났고 그 내용으로는 ‘국가 공공보건전략과 행동 계획제정 등’과 차별금지와 평등대우가 여러 번 나타났다. 또한 즉각적 의무 내용에는 최소 핵심의무나 존중·보호 의무 유형이 언급되었고 점진적 의무 내용에는 실현·증진 의무 유형이 언급되었다.

의무 유형2의 존중·보호·실현 의무의 내용에 대해 살펴보면, 주로 존중·보호·실현 의무가 함께 언급되었고 일부 보호·실현 의무만 언급되었다(부록 3의 <표 15>). 여기서 한 가지 유념할 사항은 ‘respect’와 ‘protect’는 각각 ‘존중’과 ‘보호’로 번역되어 논문 사이에 일관성이 있지만 ‘fulfill’은 ‘실현’뿐만 아니라 ‘충족’, ‘실행’, ‘이행’ 등으로 번역되어 논문

47) 건강권 의무담지자로서 ‘국가’를 언급한 논문 중 18.7%는 ‘국가 외’ 의무담지자를 동시에 언급하였다.

사이에 차이가 존재하므로 용어의 일관성을 위해 이 논문에서는 ‘fulfill’을 모두 ‘실현’으로 번역하여 사용하였다.

존중 의무, 보호 의무, 실현 의무에 대해 각기 국가에 의한 개인의 건강권 침해를 금지해야할 의무, 국가가 제3자에 의한 개인의 건강권 침해로부터 보호해야할 의무, 국가의 적극적 조치를 통해 개인의 건강권을 실현해야할 의무와 같은 개념 설명을 함으로써 추상적 의무 부여를 하거나 이러한 개념 설명 없이 존중·보호·실현 의무란 명명만 나열함으로써 추상적 의무 부여를 한 경우가 많았고 전염병과 관련한 구체적 의무 부여나 추상적 의무 부여와 그에 대한 구체적 의무나 위반 사례를 든 경우가 일부 있었다.

기타 의무 유형의 내용에 대해 살펴보면 <표 1>에서 소개한 핵심의무는 언급되었지만 우선적인 의무는 전혀 언급되지 않았다. 오히려 기타 의무 유형으로 소극적·적극적 의무가 가장 많이 언급되었고 과잉금지·과소보호금지 의무, 기본권 보호 의무, 사회권에 대한 국가 의무의 4중 구조, 헌법학상의 개념, 환경 의무가 한 번씩 언급되었다. 개별 논문 측면에서 두 가지 기타 의무 유형이 함께 언급되기도 했는데, 모두 핵심 의무와 다른 기타 유형이 함께 언급되었다.

먼저 기타 의무 유형 가운데 건강권 논문에서 언급된 핵심의무의 구체적 내용을 살펴보면 <표 1>에서 소개한 핵심의무, 즉 사회권위원회의 일반논평14호에서 제시된 전체 의무내역이나 그중에서 보건시설·물품·서비스에 대한 비차별적 접근, 그것의 공평한 분배, 최소한의 식량과 주거에 대한 접근과 같은 특정 의무내역이 상당수 나타났다(부록 3의 <표 16>). 또한 차별금지 의무, 사회권규약 제12조 2항의 조치⁴⁸⁾가 핵심 의무 내용으로 나타났으며 사회권규약의 모든 당사국이 즉각적으로 충족시켜야하는 의무라고 피력한 내용도 나타났다. 참고로 건강권에 대한

48) 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제 규약」 제12조의 2항은 다음과 같다.

2. 이 규약 당사국이 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 취할 조치에는 다음 사항을 위하여 필요한 조치가 포함된다. (a) 사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육 (b) 환경 및 산업위생의 모든 부문의 개선 (c) 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료 및 통제 (d) 질병 발생시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건의 조성

국가의 핵심의무가 최저건강 보호 등이라고 밝힌 논문에서는 동시에 사회권에 대한 국가 의무의 4중 구조인 존중·보호·충족·증진 의무를 언급했고 그 내용은 각 의무에 대한 개념을 설명하는 것이었다. 이들 가운데 존중 의무, 보호 의무, 충족 의무는 의무 유형2에 속하는 것으로 <표 1>에 개념이 설명되어 있으므로 추가된 증진(promote) 의무에 대해 살펴보면 국가가 권리 실현의 증진을 위해 여러 가지 인적·물적 조건을 정비할 의무를 말한다. 또한 핵심의무를 제시하면서 짝을 이루는 의무로 환경의무를 제시한 논문이 있었는데 환경의무에는 최고 수준의 건강에 대한 권리에 기반을 둔 식수, 위생, 인권지원 등이 포함되는 것으로 언급되었다. 마지막으로 핵심의무를 제시하면서 소극적·적극적 의무를 제시한 논문은 정부가 소극적 의무와 적극적 의무를 동시에 지닌다고 언급하였다.

다음으로 건강권에 대한 국가의 기타 의무 유형가운데 가장 많이 언급된 소극적·적극적 의무의 구체적 내용을 살펴보면⁴⁹⁾ 건강권에 대한 국가의 소극적 의무는 국가 권력에 의해 건강이나 건강생활을 침해하지 말아야 하는 의무를 의미하고 건강권에 대한 국가의 적극적 의무는 국민의 보건(건강) 생활 침해에 대한 국가의 적극적 보호의무나 국민 보건 위한 적극적인 정책 수립·시행 의무를 의미한다(부록 3의 <표 17>). 대부분 논문에서 전술한 소극적·적극적 의무에 대한 설명으로 추상적 의무 부여를 하였고 일부 논문에서 이러한 추상적 의무 부여 외에 구체적인 의무 내역을 제시하기도 하였는데, 소극적 의무 보다는 적극적 의무에서 구체적인 의무 내역이 조금 더 나타났다. 한 개 논문에서는 소극적·적극적 의무에 대한 설명도 없이 정부가 소극적 의무와 적극적 의무를 동시에 지닌다는 추상적 의무 부여를 하였다. 가장 많이 나타난 논문의 소극적·적극적 의무의 내용은 국가 권력에 의한 건강(생활) 침해 금지와 국민 보건 위한 적극적 정책 수립·시행 의무였다. 이는 1995년 헌법재판소가 판시한 “헌법 제36조 제3항이 규정하고 있는 국민의 보건에 관한

49) 참고로 이종에서 일부 논문은 소극적 의무가 자유권적 측면의 의무와 동일하고 적극적 의무가 사회권적 측면의 의무와 동일하다고 보았다.

권리는 국민이 자신의 건강을 유지하는 데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리를 말하는 것으로서, 국가는 국민의 건강을 소극적으로 침해하여서는 아니 될 의무를 부담하는 것에서 한 걸음 더 나아가 적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담한다.”에 근거한다고 볼 수 있다(헌재 1995.4.20. 91헌바11, 판례집 7-1, 478, 491).

한 번씩 언급된 건강권에 대한 국가의무의 기타 유형으로는 헌법학상 개념, 과잉금지·과소보호금지 의무, 기본권 보호 의무가 있었다(부록 3의 <표 18>). 헌법학상 개념이란 국가의 국민 생명과 건강보호 의무 수행 수단으로 가능하다고 본 국가목적규정, 사회국가원리, 기본권 보장 혹은 국가의무설정방법 등을 말한다. 과잉금지·과소보호금지 의무란 건강권과 관련하여 자유권으로서의 과잉금지원칙과 사회권으로서의 과소보호금지 원칙을 의미한다. 기본권 보호 의무란 국가가 국가영역과 사적영역에서 기본권 보호 의무를 지는데 특히 사인의 행위에 의하여 기본권 침해의 위험성이 발생한 경우 국가가 적극적으로 이러한 위해의 발생을 방지해야 할 의무를 가짐을 말한다. 헌법학상 개념을 언급한 논문에서는 의무를 설명함으로써 추상적인 의무를 부여하였고 과잉금지·과소보호금지 의무를 언급한 논문에서는 미국산 쇠고기 수입과 관련한 구체적인 문제에 대한 의무 위반을 주장하였으며 기본권 보호 의무를 언급한 논문에서는 의무 설명과 함께 유전자변형식품과 관련된 내용을 언급하였다.

앞서 언급했듯이, 의무 유형에 따른 국가의 의무 내용을 언급한 논문 중에서 복수의 의무 유형이 나타난 논문이 존재하기 때문에, 개별논문에서 언급된 의무 유형의 구성을 살펴보면 한 가지 의무 유형을 언급한 논문이 많았지만 두 가지 이상의 의무 유형을 언급한 논문도 존재했다(부록 3의 <표 19>). 특이한 점은 즉각적·점진적 의무, 존중·보호·실현 의무, 핵심 의무와 같은 국제법적인 의무 유형과 소극적·적극적 의무, 과잉금지·과소보호금지와 같은 국내법적인 의무 유형이 개별논문에서 함께 언급되는 경우가 드물다는 점이다. 이와 함께 국제법적 건강권 의무 내

용 보다 국내법적 건강권 의무 내용이 더 많이 언급된 점을 종합하면 건강권 관련 국제법의 국내 비준에도 불구하고 그 내용적 수용은 여전히 미진하다고 평가할 수 있다.

개별 논문에서 언급한 건강권에 대한 국가의 의무내역을 이해하기 위해 세 가지 의무 유형이 동시에 나타난 논문 중 즉각적·점진적 의무, 존중·보호·실현 의무, 핵심의무, 소극적·적극적 의무가 동시에 언급된 한 논문(문헌 373_04)의 관련 내용을 요약하여 소개하면 다음과 같다.

[즉각적·점진적 의무 관련 내용] “CESCR은 건강권 실현에 시간이 필요하다는 점을 인정하면서 점진적 실현(progressive realization)을 즉각적인 효과를 낼 수 있는 의무를 행하는 ‘국가들의 권리를 빼앗는 것으로 해석해서는 안 된다’고 경고하였다. CESCR은 국가가 건강권을 총체적으로 실현하기 위해 대상을 명확히 하고 신중하면서 구체적인 단계들을 밟아가야 한다고 지적한다.”

[존중·보호·실현 의무 관련 내용] “일반논평 14호는 정부가 인권을 존중하고 보호하고 실현할 수 있도록 지원할 의무가 있다고 기준을 마련하였다. 여기서 정부의 의무는 관련 자원의 제공과 지원에 그치지 않고 적극적으로 권리의 실현을 촉진하는 것까지 포함한다. 다시 말해 정부는 적극적 의무와 소극적 의무를 함께 갖는다. 정부는 건강권을 침해 하지 않도록 관리해야 하며 제3자의 권리 침해를 막기 위한 예방 활동도 실천해야 한다.”

[기타 의무 유형 관련 내용: 핵심의무와 소극적·적극적 의무] 국가는 건강권 관련 사안에서 CESCR이 핵심의무로 명명한 의무(일반논평 14호에서 정의)에 상응하는 활동을 전개해야 함, 사회권규약 조인국은 그 어떠한 상황에서도 준수해야 함, 하지만 아직 이 핵심 개념이 정교한 것은 아님.

[기타 의무 유형 관련 내용: 소극적·적극적 의무] “다시 말해 정부는 적극적 의무와 소극적 의무를 함께 갖는다.”

[의무 유형과 무관하게 언급된 의무내역] 건강권에 대한 책무성을 갖고 관련 제도 마련해야 함. 사회권규약 제12조 제2항은 정부 당사자들의 의무 목록

을 기술하고 있음(예로 질병 발생 시 모든 의료 서비스와 치료를 확실히 제공할 수 있는 여건 조성), 사회권규약 제2조 제1항은 규약상의 권리 실현을 위해 입법 조치 포함한 모든 방법 강구를 명시함. 사회권위원회의 일반논평 14호에는 국가의 국제적 의무(개별, 국제 원조, 협력 등)를 명시함, 역행금지(non-retrogression) 원칙을 도입하여 보장된 권리가 향후 축소되지 않게 강제함. (문헌 373_04)

지금까지는 건강권 의무담지자로서 ‘국가’를 언급한 논문 중에서 의무 유형에 따른 의무내역의 구체적 내용을 살펴보았다. 이제부터 의무 유형과 무관한 국가의 의무내역의 구체적 내용을 살펴볼 것이므로 추상적·구체적 의무 부여 차원에서 검토하고자 한다. 건강권에 대해 국가에 추상적인 의무를 부여하는 내용이란 “국가 및 지방자치단체는 모든 국민이 건강하게 살아갈 권리의 실현을 도모할 의무가 있음” 혹은 “헌법 제36조 제3항을 통해 건강권을 인정하여 국민의 건강을 보호할 의무를 국가에게 부여하고 있음”과 같이 국가를 건강권 의무담지자로서 규정하면서 건강권에 대한 의무를 부여하였지만 그 의무가 구체적으로 무엇인지는 제시하지 않은 내용을 말한다. 이와 반대로 건강권에 대해 국가에 구체적인 의무를 부여하는 내용이란 “필수의약품의 제공, 모든 보건시설·물품·서비스에 대한 평등한 배분, 유행성 질병과 풍토병의 예방·치료·통제”와 같이 국가에 부여하는 구체적인 의무내역을 제시한 내용을 말한다. 물론 추상적인 의무 부여와 구체적인 의무 부여가 동시에 나타난 논문도 존재하는데, 바로 앞의 “필수의약품의 제공,……”이란 구체적 의무를 제시한 논문에서는 “2000년 유엔 사회권위원회는 사회권규약 제12조의 건강권 관련 규정을 평가하면서 국민 건강의 보호는 국가의 포기할 수 없는 책임이라는 점을 지적함”이라는 추상적 의무도 함께 제시하였다. 이렇게 의무 유형과 무관한 국가의 의무내역을 언급한 논문에서는 추상적·구체적 의무 부여를 나타난 논문이 가장 많았고 구체적 의무 부여만 나타난 논문, 추상적 의무 부여만 나타난 논문 순으로 나타났다.

추상적 의무의 구체적 내용을 살펴보면, 단순히 국가가 건강권에 대한

의무를 지닌다고 언급한 경우도 있지만 헌법과 보건의료기본법 등의 국내법이나 사회권규약과 국제장애인권리협약 등의 국제인권규범을 근거로 국가가 건강권에 대한 의무를 지닌다고 언급한 경우도 있고 국가가 식품소비자, 수용자, 아동, 여성, 외국인, 이주노동자, 장애인, 청소년 등과 같은 특정 인구집단의 건강권에 대한 의무를 지닌다고 언급한 경우도 있었다. 그중에서도 헌법을 근거로 국가가 건강권에 대한 의무를 지닌다고 언급한 경우가 1/3 이상을 차지하였고, 특정 인구집단의 건강권에 대한 국가의 추상적 의무를 언급한 경우가 1/4에 약간 못 미쳤다.

구체적 의무의 구체적 내용을 살펴보면, 국가 의무의 영역으로 보건의료를 언급한 경우가 월등히 많았고 건강 결정요인, 건강 위해요인, 건강권, 국제협정, 금융, 노동, 복지, 산업보건, 식품, 인권조약, 안전, 주거, 환경 등에 관한 국가 의무를 언급한 경우가 일부 나타났다. 물론 개별 논문에서는 두 가지 이상의 범주에 관한 국가 의무가 나타나기도 했고, 특정 인구집단의 건강권에 관한 국가 의무가 나타나기도 했다. 가장 많이 언급된 보건의료 영역의 경우보다 상세한 내용은 보건의료정책, 보건의료체계, 전염병과 질병의 예방·관리·통제, 공중보건, 의약품, 보건의료수요 충족, 건강보험, 의료급여, 인력, 일차보건의료, 공공보건의료, 응급의료, 교정의료, 의료사고, 무면허의료행위, 재원, 의료민영화, 건강증진, 건강관리, 보건교육, 보건사업, 임신·출산과 양육, 시민참여, 환경보건, 흡연정책 등에 대한 국가 의무내역으로 매우 다양하게 나타났다. 보건의료 영역에 비해 미미하게 언급되었지만 다음 순으로 나타난 건강권 영역의 보다 상세한 내용을 소개하면 수용자 건강권의 구체화, 건강권에 대한 사회적 논의·합의, 십대 성매매유입 방지, 건강권 위한 자원 동원과 정책, 사회적 건강권 지표생성 및 사회권 보고서에 포함, 사회권규약의 제12조 제2항의 4가지 조치, 건강권 위한 시설과 환경 제공 등에 대한 국가 의무내역이 제시되었다. 일부 언급된 나머지 영역의 경우 일상의 비공식영역의 건강 결정요인(건강 결정요인), 산업시설의 건강 위협(건강 위해요인), 건강권의 역행에 영향을 주는 국제 협정이나 정책 채택금지(국제협정), 채무자의 보험금압류와 보험계약의 강제해지 제한 입법

(금융), 건강한 노동조건(노동), 사회보장과 복지 증진(복지), 직장 내 괴롭힘 예방과 피해근로자 구제방안(산업보건), 유전자변형식품에 대한 표시의무규정(식품), 사회권위원회의 제3차 최종견해에서 지적된 권고사항에 대한 구체적 후속조치 채택(인권조약), 인적·자연적 재해 예방과 그 위험으로부터 보호(안전), 건강한 주거조건(주거), 원자력으로부터 국민 건강 보호(환경) 등에 대한 국가 의무내역이 나타났다.

한편, 구체적인 국가 의무 가운데 일부에서 언급된 건강권에 대한 국가의 국제적 의무를 살펴볼 필요가 있다. 앞서 건강권에 대한 국가 의무의 유형을 소개할 때 사회권위원회의 일반논평14호에 명시된 다른 유형은 소개하면서 국제적 의무는 제외하였는데 그 이유는 즉각적·점진적 의무, 존중·보호·실현 의무, 핵심의무는 유형으로 볼 수 있지만 국제적 의무는 유형이라기보다 구체적인 의무내역으로 볼 수 있기 때문이다. 사회권위원회의 일반논평14호에 제시된 ‘국제적 의무’란 당사국의 국제 협력에 대한 중요한 역할 인식, 건강권 실현 위한 공동 및 개별 행동 취할 의무 준수, 다른 국가의 보건권 향유 존중, 제3자의 다른 국가에서의 건강권 침해 방지, 다른 국가 내에서의 필수적 보건 시설·물품·서비스접근 촉진, 난민 및 국내 실향민에 대한 지원 등 비상시 재난구호와 인도적 지원 제공에 협력, 다른 국가에 대한 의약품 및 의료장비 공급 제한하는 수출 금지 조치나 유사 조치 부과 금지를 포함한다. 건강권에 대한 국가의 국제적 의무를 언급한 논문 대부분은 국제적 협력과 지원 의무를 언급하면서 전술한 내용의 일부라도 언급하였고 현실 문제로서 외국에서의 공격적인 보건인력의 국제모집행위와 관련된 윤리규약을 제시하기도 하였다. 물론, 국가가 지니는 건강권 실현을 위한 국제적 협력과 지원 의무를 추상적으로만 언급하기도 하였다.

지금까지 건강권에 관한 의무담지자의 존재 여부, 구체적인 존재, 의무내역에 대해 살펴보았다. 이전 내용에서 짐작할 수 있듯이 개별논문에서는 복수의 의무담지자가 나타나기도 하고 ‘국가’의 경우복수의 의무 유형이 나타나기도 했으며 의무 유형과 무관한 의무내역이 함께 언급되기도 했다. 따라서 건강권 의무담지자에 대한 내용이 언급된 개별논문 측

면에서 의무담지자의 구체적 현황과 의무내역의 구성을 정리하여 개별 논문의 화제와 함께 살펴볼 필요가 있다.

건강권 의무담지자에 대한 내용이 언급된 논문 가운데 절반 이상은 의무 유형과 무관한 국가의 의무내역만 언급하고 있었다. 다시 말해 건강권 의무담지자에 대한 내용이 언급된 논문의 절반 이상은 국가 외 의무담지자에 대한 논의와 국가 의무의 성격에 대한 논의 없이 국가의 의무내역만 언급했다는 얘기가 된다. 보다 상세하게는 의무 유형과 무관한 국가의 의무내역만 언급한 논문 가운데 국가가 건강권 의무를 지닌다는 것을 인정하면서 구체적 의무내역을 제시한 논문과 국가의 구체적인 의무내역만 제시한 논문이 각각 1/3 남짓 나타났고 이보다 적게 국가가 건강권 의무를 지닌다는 것만 인정한 논문이 나타났다. 이들 세 범주의 논문 화제는 건강권, 인권, 보건의료체계, 공공보건의료, 의료개혁, 특수 의료, 의료행위, 의료분쟁, 의료영리화, 생명과학기술, 산업보건, 건강증진, 체육, 식품, 안전, 노동, 환경, 국제협정, 사회운동 등 다양하게 나타났다. ‘국가’ 의무 중 즉각적·점진적 의무 유형을 언급하거나 존중·보호· 실현 의무 유형을 언급한 논문의 화제는 건강권이나 인권과의 관련성이 높았고, 소극적·적극적 의무 유형을 언급한 논문은 법적 문제와 관련성이 높았다. ‘국가 외’ 의무담지자의 의무가 언급된 논문의 경우 의무담지자의 구체적 존재와 논문 화제 사이에 관련성이 높았는데 예로 기업이 의무담지자로 언급된 경우노동 관련 화제가 대부분이었다(부록 3의 <표 20>).

② ‘2013 건강권 서울시민회의’의 건강권 의무담지자

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 건강권 의무담지자에 대한 언급은 2차 시민패널 예비모임에서부터 나타났고 전체적으로 건강 개념과 가치에 비해 조금 더 많이 언급되었지만 건강권 보유자에 비해 월등히 적게 언급되었다. 또한 1990년-2014년의 학술 논문에 비해서도 건강권 의무담지자에 대한 언급이 상대적으로 적었다.

학술 논문과 마찬가지로 건강권 의무담지자 관련 내용이란 건강권 의무담지자의 존재를 인정하면서 의무내역을 밝힌 내용을 의미한다. 우선, 일반시민이 언급한 건강권 의무담지자의 구체적인 존재로는 모두 ‘국가’가 언급되었고 그중에서 1/3정도는 ‘국가 외’ 의무담지자가 함께 언급되었다. 일반시민이 언급한 ‘국가’라는 의무담지자에는 국가, (중앙)정부, 지방자치단체, 서울시, 구청이 포함되었다. 특히 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 서울시 거주 쪽방주민의 건강권 현황에 대한 숙고 과정을 거쳤기 때문에 ‘서울시’가 의무담지자로서 특정되어 포함되었고 기초자치단체인 ‘구청’이 포함되었다. 일반시민이 언급한 ‘국가 외’ 의무담지자에는 사회, 사회성원, 의료진, 건강권 보유자인 모든 시민이 포함되었는데, 이들은 1990년-2014년 건강권 논문에서도 언급되었다. 하지만 건강권 논문에서 나타난 기업범주의 ‘국가 외’ 의무담지자는 일반시민의 언급에서는 나타나지 않았다. 이것은 쪽방주민의 경우 국민기초생활보장제도 수급자 비율이 높고 고령이면서 유병율이 높은데다 국민기초생활보장제도가 수급비 외 노동 소득을 인정하기 않기 때문에 쪽방주민의 건강권을 위한 ‘노동’ 영역의 요구 사항은 수급비 외 노동 소득인정과 연령 및 질환구조에 맞는 일거리 같은 노동복지의 요구는 많았던 반면, 기업이나 사용자와 관련된 노동조건에 대한 요구가 부재한 데서 연유한다.

한편 일반시민이 언급한 ‘국가’ 및 ‘국가 외’ 의무담지자의 의무내역은 모두 의무 유형의 언급 없이 나타났고 일반적인 건강권뿐만 아니라 쪽방주민의 건강권에 대한 의무내역이 나타났다(부록 3의 <표 21>). 언급된 ‘국가’ 의무내역은 개별분석 자료에서 구체적 의무만 나타난 경우가 많았고 일부에서 추상적 의무만 나타나거나 추상적·구체적 의무가 나타났다. 언급된 ‘국가 외’ 의무담지자의 의무내역은 구체적 의무만 나타나거나 추상적 의무만 나타났다. 일반시민이 건강권과 관련하여 ‘국가’ 의무내역으로 언급한 영역은 주거, 보건의료, 복지, 노동, 에너지 영역이었고 쪽방주민 건강권과 관련하여 ‘국가’ 의무내역으로 언급한 영역은 주거, 보건의료, 사생활 영역이었다. 일반시민이 건강권과 관련하여 구체적 인 ‘국가 외’ 의무내역으로 언급한 영역은 보건의료, 복지였다. 전체적으

로 일반시민이 언급한 건강권 의무담지자의 의무내역은 학술 논문이 보건의료 영역에서 월등히 많이 나타난 것과 달리 주거영역과 보건의료 영역이 비슷하게 나타났다.

일반시민이 언급한 건강권 의무담지자의 의무내역은 건강 가치, 건강 개념, 건강권 보유자, 건강권 해석, 건강권 세부권리와 같은 타 건강권 요소와 연관성이 나타났다. 일례로 건강은 인권이기 때문에 사회가 건강권을 존중해야할 의무가 있다거나 모든 사람에게 보편적으로 보장받아야할 권리(건강권)가 있기 때문에 국가와 사회가 이러한 권리를 존중해야할 의무가 있다거나 건강권의 핵심 요소는 자존감이기 때문에 정부가 건강에 관련된 교육과 정보를 제공해야 한다와 같은 논리가 나타났다.

③ 건강권 의무담지자에 대한 소결

건강권 의무담지자의 존재를 인정함과 동시에 의무내역을 제시하는 건강권 의무담지자에 대한 내용은 건강권에 관한 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용 양쪽에서 나타났다. 일반시민의 경우 학술 논문에 비해 의무담지자에 대한 관심이 낮게 나타났고 건강권 보유자에 대한 관심에 비해서도 월등히 낮은 관심을 보였다.

건강권 의무담지자의 구체적인 존재로는 학술 논문과 일반시민이 대부분 ‘국가’를 언급하였고 일부에서는 ‘국가 외’ 의무담지자를 언급하였는데, 학술 논문의 경우 ‘국가’를 네번 언급하면 한 번꼴로 ‘국가 외’ 의무담지자를 언급하였고 일반시민은 세 번에 한 번꼴로 언급하였다. 여기서 의무담지자로서 ‘국가’란 중앙과 지방자치단체의 입법부, 사법부, 행정부 및 관련 기관을 의미하고 ‘국가 외’ 의무담지자로는 기업(사용자, 식품접객업자, 다국적 제약회사, 원청, 산업차원 등), 보건의료계(의사, 간호사, 약사, 보건의료인, 응급의료종사자, 의료기관 등), 사회(사회, 시민사회, 사회의 모든 행위자, 모든 개인과 사회의 각 기관), 기타(개인, 국민, 이주노동자, 체류국·국제사회·보편적 인간, 학교설립자 등)의 순으로 나타났다. ‘국가 외’ 의무담지자는 ‘국가’ 의무담지자와 함께 언급되는 경우

가 많았다. 학술 논문에서 ‘국가 외’ 의무담지자로서 가장 많이 언급된 ‘기업’ 범주는 노동 조건이 열악한 한국 사회의 현실을 반영하는 것으로 볼 수 있고, 일부 식품이나 의약품관련 기업이 의무담지자로서 언급되었지만 미미했다. 일반시민의 경우 쪽방주민의 건강권 현황에 대해서도 숙고를 한 만큼 ‘국가’라는 의무담지자로서 ‘서울시’와 같이 의무담지자를 특정하거나 ‘구청’과 같이 기초자치단체를 언급하기도 했지만 ‘국가 외’ 의무담지자로는 학술 논문과 달리 기업범주를 언급하진 않았다. 그 이유는 쪽방주민의 건강권과 관련한 ‘노동’ 문제에서 기업과 연관된 노동조건이 쟁점이 아니라 국민기초생활보장제도와 연관된 노동복지가 쟁점이었기 때문으로 볼 수 있다.

의무담지자의 구체적 존재는 국가, 보건의료인, 사업주, 시민사회, 학교장과 같이 의무담지자를 특정하는 방식이 나타났지만 출신국의 보호 의무 이행이 어려운상황이나 경로의존성 같은 의무담지자의 조건을 구체화하는 방식도 일부 나타났다. 국민, 모든 개인, 이주노동자와 같은 건강권 보유자가 건강권 의무담지자로서 일부 언급되기도 했다. 따라서 건강권 의무담지자의 구체적 존재로서 기업과 건강권 보유자에 대한 논의, 의무담지자의 조건을 구체화하는 방식에 대한 논의가 활성화될 필요가 있다.

건강권 의무담지자로서 ‘국가’의 의무내역은 의무 유형 언급 유무와 추상적·구체적 의무 내용이라는 두 가지 차원에서 검토할 수 있다. 학술 논문의 경우 ‘국가’의 의무내역은 의무 유형에 따른 내용 보다 의무 유형과 무관한 내용이 월등히 많이 나타났고 추상적 의무 내용 보다 구체적 의무 내용이 더 많이 나타났으며, 일반시민이 언급한 의무내역의 경우 의무 유형과 무관한 내용만 나타났고 구체적 의무 내용이 더 많이 나타났다.

학술 논문의 경우 개별 논문에서는 복수의 의무담지자가 나타나기도 하고 ‘국가’의 경우복수의 의무 유형이 나타나기도 했으며 의무 유형과 무관한 의무내역이 함께 언급되기도 했다. 의무 유형에 따른 국가 의무 내역은 소극적·적극적 의무 유형, 존중·보호·실현 의무 유형, 즉각

적·점진적 의무 유형, 핵심의무 유형 등의 순으로 나타났는데, 소극적·적극적 의무 유형의 내용은 주로 1995년 헌법재판소가 판시한 헌법 제36조 제3항의 국가 의무 내용을 바탕으로 제시되었고 존중·보호·실현 의무 유형과 즉각적·점진적 의무 유형, 핵심의무 유형은 주로 사회권위원회의 일반논평14호나 사회권규약 제12조 2항의 내용을 바탕으로 제시되었다. 개별논문에서 복수의 의무 유형이 나타나기도 했지만, 국내법(헌법)적 의무와 국제법(사회권규약)적 의무는 개별논문에서 함께 언급되지 않는 경우가 대부분이었다. 국내법적 의무는 논문의 화제가 법적 문제와 관련성이 높았고, 국제법적 의무는 논문의 화제가 건강권이나 인권과 관련성이 높았다. 따라서 국내 학술 논문에서 건강권과 관련하여 국내법적 의무와 국제법적 의무는 학문적으로 소통 없이 각기 따로 존재하는 것으로 나타났으며 국내법적 의무 내용이 국제법적 의무 내용에 비해 비중이 높다는 점까지 고려하면 국제법상의 내용이 한국 사회에 제대로 수용되지 않고 있다고 할 수 있다.

학술 논문의 경우 의무 유형에 따라 국가 의무 내역을 언급한 논문에서는 적극적·소극적 의무 유형이 가장 많이 나타났는데, 이는 Rumbold가 밝혔듯이 모든 권리의 대응의무(correlative)에 대한 분류법으로 소극적·적극적 의무라는 이분법이 Henry Shue(1980)의 박탈하지 않을 의무(obligation to avoid depriving), 박탈로부터 보호할 의무(obligation to protect from deprivation), 박탈당한 자들을 도울 의무(obligation to aid the deprived)라는 삼분법⁵⁰⁾에 의해 대체되었음에도 여전히 많은 문헌에서 소극적·적극적 이분법을 사용하고 있다는 것이 한국 학술문헌에서도 확인되었다고 할 수 있다(Rumbold, 2015: 5)⁵¹⁾. 의무 유형과 관련한 내용에서도 국제 사회의 용어를 번역하는 과정에서 국문 번역의 비일관성 문제가 나타났는데, 특히 존중·보호·실현 의무 유형에서 ‘실

50) 이후 여러 학자들에 의해 삼분법이 발전해왔고 세 가지 수준을 넘어서는 분류법도 개발되었지만 합의된 바는 없고, Shue의 삼분법이 더욱 간결한 용어인 존중 의무, 보호 의무, 실현 의무라는 삼분법(사회권위원회가 확립·사용)으로 잘 알려져 있다(Sepúlveda MM, Carmona MMS. 2003:157-158).

51) 소극적 의무와 적극적 의무의 개념은 III장의 ‘건강권의 논리구조’ 가운데 ‘권리의 특성’에서 소개하였다.

현'(fulfill)은 ‘충족’, ‘실행’, ‘이행’ 등으로도 번역되어 국문 용어의 일관성이 부족했다.

한편 건강권 의무담지자에 대한 내용이 언급된 논문의 절반 이상과 일반시민의 숙의적 산물 모두에서 국가 의무의 유형에 대한 언급 없이 추상적이거나 구체적인 국가의 의무내역이 나타났고 ‘국가 외’ 의무담지자의 경우에도 의무 유형에 대한 언급은 전혀 없었다. 이것은 의무담지자의 건강권 의무에 대한 체계적이고 논증적인 설명 틀이 부재함으로써 정당성을 인정받기 어려운 주장이나 항목의 나열에 불과한 것으로 한계가 있다.

학술 논문의 경우 의무 유형과 무관하게 언급된 국가 의무내역은 추상적 의무 내용보다는 구체적 의무 내용이 더 많이 나타났고, 국가의 추상적 의무 내용은 1/3 이상이 헌법을 근거로 제시되었고 1/4 미만은 특정 인구집단의 건강권에 대해 나타냈다. 학술 논문에서 국가의 구체적 의무 내용은 보건의료에 대한 내용이 많이 나타났고 일부 건강 결정요인, 건강권, 국제협정, 복지, 안전, 환경 등에 대해서도 나타났으며, 건강권에 대한 국가의 국제적 의무도 언급되었다. 일반시민 역시 의무 유형과 무관하게 언급된 국가 의무내역은 구체적 의무가 많이 나타났고 의무 내역으로 주거, 보건의료, 복지, 노동, 에너지가 나타났으며 학술 논문과 달리 주거영역과 보건의료 영역이 가장 많이 나타났다. 이것은 쪽방주민의 건강권 현황에 대해 숙고한 특수성에 기인한다고 볼 수 있다.

학술 논문에서 건강권 의무담지자에 관한 내용은 건강권의 근거, 건강권에 대한 해석과 연관성이 나타난 반면, 일반시민은 건강 가치, 건강 개념, 건강권 보유자, 건강권 해석, 건강권 세부권리와 같이 더 많은 건강권 요소와 연관성이 있는 것으로 나타났다. 이것은 일반시민에게서 건강권 의무담지자의 존재나 의무내역을 주장하기 위한 논거나 내용을 여타 건강권 요소에서 도출하는 것으로 볼 수 있다.

건강권에 관한 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용에서 나타난 건강권 의무담지자의 내용을 전체적으로 평가하면 중요한 건강권 요소로

서 확인되었지만, 건강권 존재의의 중 의무내역 측면에서 중요한 건강권 의무담지자 관련 내용이 현재 한국 사회에서는 체계적이고 논증적인 설명 틀에 기반을 두지 않고 주장이나 항목의 나열이 많다는 한계가 있다. 또한 건강권 의무 내용에 대해 국내법적 의무 유형보다 체계적이고 논리적인 국제법적 의무 유형이 한국 사회에 제대로 수용되지 않고 있다. 향후 일반시민에게서 나타난 방식과 같은 철학적·윤리적 논증을 통해서 건강권 의무담지자의 구체적 존재와 의무내역을 도출함과 동시에 기존의 국제법적 의무 유형을 적극적으로 검토하고 수용할 필요가 있다. 또한 건강권의 ‘국가 외’ 의무담지자로서 기업범주가 많이 언급된 점에서 한국 사회의 열악한 노동 현실이 건강에 미치는 악영향을 확인할 수 있는데, 이러한 노동 분야를 포함하여 제약업계와 같은 기업의 건강권 관련 사회적 책임에 대한 논의와 연구가 촉진되어야 한다.

4) 건강권의 근거

① 건강권에 관한 국내 학술 논문의 건강권 근거

국내 건강권 논문 386개 중에서 건강권 근거를 언급한 논문은 164개 (42.5%)였다. 이들 논문은 국내 근거만 언급한 논문, 국내 근거와 국제 근거를 모두 언급한 논문, 국제 근거만 언급한 논문의 순으로 많이 나타났다. 우선, 국내 근거만 언급한 논문(71개)에는 헌법만 언급한 논문(58개)이 가장 많았고 이중에는 제36조 3항만 언급한 논문(38개)이 가장 많았다. 국제 근거와 국내 근거를 모두 언급한 논문(56개)은 12개 논문을 제외하면 WHO 헌장, 세계인권선언, 사회권규약 중 한 가지 이상과 함께 대한민국 헌법을 언급하였다. 국제 근거만 언급한 논문(37개)은 13개 논문을 제외하면 복수의 국제 근거를 언급해서 그 구성이 다양했고 WHO 헌장, 세계인권선언, 사회권규약 세 가지를 공통으로 언급한 논문(7개)과 사회권규약만 언급한 논문(5개)이 다소 여러 번 나타났다.

1990년-2014년 건강권 근거를 언급한 논문의 추이는 전체 건강권 논문의 증가 경향에는 못 미치지만 2000년대 들어 증가 경향을 보였고 2000년대 후반 들어 그 경향은 뚜렷해졌다. 연도별 논문 발행 수 측면에서는 건강권의 국내적 근거를 언급한 논문이 국제적 근거를 언급한 논문에 비해 조금 더 많은 경향으로 나타났다.

건강권 근거가 나타난 전체 논문 현황을 살펴보면 다음 <표 30>과 같이 국제 근거로는 세계인권선언, 사회권규약, 세계보건기구 헌장 등의 순으로 많이 언급되었고 국내 근거로는 대한민국 헌법이 많이 언급되었다. 전체적으로 건강권 근거에서는 대한민국 헌법이 월등하게 많이 언급되었다. 개별 근거에서 구체적 조항이 언급된 경우 세계인권선언은 제25조(적절한 생활수준), 사회권규약은 제12조(도달 가능한 최고 수준의 건강 누릴 권리), 아동권리협약은 제24조(아동의 도달 가능한 최상의 건강 수준 누릴 권리), 여성차별철폐협약은 제11조 제1항 f호(건강보호권과 생식기능 보호조치 포함한 노동조건의 안전권)와 제12조(보건 분야 여성 차별 철폐)가 가장 많이 언급되었고 대한민국 헌법은 제36조 3항(보건권), 보건의료기본법은 제10조(건강권 등)가 가장 많이 언급되었다. 전술한 구체적 조항 중에서는 대한민국 헌법 제36조 3항이 월등히 많이 언급되었다.

표 30. 국내 건강권 논문에서 언급된 건강권의 근거

건강권의 근거	논문 수(개)	386개 대비 비율(%)
국제 근거	93	24.1
세계보건기구 헌장	36	9.3
세계인권선언	54	14.0
사회권규약	50	13.0
자유권규약	4	1.0
알마아타선언	10	2.6
아동권리협약	17	4.4
여성차별철폐협약	11	2.8
국제 기타	49	12.7
국내 근거	127	32.9
헌법	113	29.3
보건의료기본법	33	8.5
국내 기타	19	4.9

건강권의 국제적 근거 중 기타 근거를 언급한 논문(49개)의 구체적인 내용을 살펴보면, 다음 <표 31>과 같이 인종차별철폐협약이 가장 많이 나타났다. 구체적인 조항을 언급한 경우 인종차별철폐협약에서는 제5조(법 앞의 평등 보장과 인종차별 금지·폐지 의무)가 가장 많이 언급되었다. 기타 근거를 포함하여 건강권의 국제적 근거를 종합해보면, 세계인권선언(14.0%), 사회권규약(13.0%), 세계보건기구 헌장(9.3%), 아동권리협약(4.4%), 여성차별철폐협약, 인종차별철폐협약(이상, 각 2.8%), 알마아타선언(2.6%), 인간과 인민의 권리에 관한 아프리카 헌장(2.1%)의 순으로 많이 언급되었다.

표 31. 건강권의 국제적 근거로서 기타 내용

건강권의 기타 국제적 근거	논문 수
인종차별철폐협약	11
국제인권규범	9
인간과 인민의 권리에 관한 아프리카 헌장	8
모든 이주노동자와 그 가족의 권리보호에 관한 국제협약	7
유럽사회헌장	
채류국의 국민이 아닌 개인의 인권에 관한 선언	
경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 미주인권협약 추가의정서 (산살바도르의정서)	6
세계 각국의 헌법	5
장애인권리협약	
피구금자 처우에 관한 최저기준규칙	
유엔헌장	4
1994년 유엔 카이로 세계인구개발회의	
모든 형태의 억류, 구금 하에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙	3
1993년 유엔 비엔나선언 및 행동강령	2
1995년 제4차 북경 세계여성대회 행동강령	
제네바 협약	
바이마르 헌법	
고문금지협약	1
국제노동협약	
몬트리올 지적장애선언	
무역 관련 지적재산권에 관한 협정	
미주인권선언	
민중건강헌장	
브라질·스위스·캐나다·퀘벡주·인도 헌법	
세계건강선언(1998)	
세계노동기구 건강권 규정	
아르헨티나 헌법	
아프리카 아동 권리 및 복지 헌장	
오타와헌장	
유엔 어린이헌장	
유엔 인간정주회의 34	
유엔 인권법,	
유엔 정신지체인권리선언	
인권과 기본적 자유의 보호에 대한 유럽협약	
정신질환자의 보호 및 정신건강의료 개선원칙	
지역인권협약	
취업을 위한 이주에 관한 협약	
이탈리아·포르투갈·인도 헌법	
일본 헌법	

한편, 건강권의 국내적 근거를 언급한 논문 중에서 대한민국 헌법을 언급한 논문은 113개였다. 헌법이라고만 언급한 7개 논문을 제외하면 헌법의 구체 조항이 언급되었는데 제36조 3항(보건권)이 가장 많이 나타났고 이어서 제10조(인간존엄, 행복추구권, 기본적 인권), 제34조 1항(인간다운 생활), 제35조 1항(환경권) 순으로 많이 나타났다.⁵²⁾ 개별 논문에서는 헌법의 여러 조항이 동시에 언급되기도 했지만, 제36조 3항만 나타난 논문이 54개로 가장 많았다(부록 3의 <표 22>).

건강권의 국내적 근거를 언급한 논문 중에서 보건의료기본법을 언급한 논문은 33개였다. 보건의료기본법이라고만 언급한 논문이 3개, 제10조(건강권 등)만 언급한 논문이 18개, 제10조와 기타 조항을 언급한 논문이 9개, 기타 조항(제10조 제외)을 언급한 논문이 3개로 나타났다. 개별 조항 측면에서는 제10조 건강권 등(7.0%)이 제4조 국가와 지방자치단체의 책임(1.3%), 제13조 비밀 보장(0.8%) 등 나머지 조항에 비해 압도적으로 많이 언급되었다.

건강권의 국내적 근거 중에서 기타 근거를 언급한 논문(19개)의 구체적 내용을 살펴보면, 의료법(5개), 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률(3개), 공공보건의료에 관한 법률, 국민건강증진법, 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률, 1993년 연세의료원과 1990년 의료사고가족협의회의 환자권리선언(이상, 각 2개), 1941년 대한민국 임시정부 건국강령, 공중위생법, 근로기준법, 산업안전보건법, 소비자기본법, 식품위생법, 아동복지법, 응급의료에 관한 법률, 정신보건법, 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률, 학교급식법, 학교보건법, 환자권리장전(이상, 각 1개)이 언급되었다. 또한 “우리나라 국내법”이라고 언급한 논문도 있었다. 개별 논문에서는 두 가지 이상의 국내 기타 근거가 함께 나타나기도 했다(부록 3의 <표 23>). 또한 법률명이나 선언명과 같이 근거 이름만 언

52) 건강권의 근거로 언급된 대한민국 헌법 제6조(조약과 국제법규의 국내법적 효력), 제10조(인간존엄, 행복추구권, 기본적 인권), 제11조(평등권), 제12조(신체의 자유), 제13조(소급입법, 연좌제 금지), 제32조(근로의 권리), 제34조(인간다운 생활권, 사회보장수급권), 제35조(환경권), 제36조(혼인·가족생활 보장, 모성 보호, 보건권), 제37조(헌법상 열거되지 않은 국민의 자유와 권리, 기본권 제한원리)의 조문은 부록(건강권 근거)에 제시하였다.

급한 논문도 있었지만 구체적인 조항 번호와 그 내용을 언급한 논문도 있었다. 구체적인 조문은 언급 빈도의 순으로 부록(건강권 근거)에 제시하였다.

건강권 근거로 기술된 내용은 법이나 문서의 이름만 언급, 해당 조항 번호만 언급, 해당 조항의 전체 혹은 일부 인용, 해당 조항 핵심 내용 설명 등 다양하게 나타났다. 여기서 여러 오류들이 발견되었는데, 법이나 문서의 제정 연도 오류, 법명이나 문서명과 인용 내용 사이의 오류, 조항 번호 오류, 조항 내용의 오류 등이 나타났다. 이러한 오류의 구체적 사례로는 최초 발행된 논문에 대한 오독을 기술한 논문을 인용한 논문에서 나타난 경우, 최초 발행된 논문의 오류를 참고문헌 확인 없이 그대로 인용한 논문에서 나타난 경우 등을 들 수 있다. 따라서 건강권의 근거를 기술할 때에는 해당 법이나 문서의 내용을 반드시 확인하는 것이 필요하다.

한편 논문 저자의 소속 분야에 따른 현황을 살펴본 결과, 법 분야가 건강권 근거를 언급한 논문의 43.3%를 차지해 가장 높은 비중을 나타냈고 이어서 보건, 사회복지(이상, 각 14.0%), 의료(7.9%), 행정(6.1%) 분야 순이었다. 법 분야의 논문은 나머지 네 분야에 비해 국내 근거만 언급한 논문의 비중이 상대적으로 더 높았고 대한민국 헌법의 여러 조항 중 제36조 3항만 언급한 논문의 비중이 상대적으로 더 높았다. 국내 근거만 언급한 논문의 비중은 상대적으로 사회복지 분야와 행정 분야가 가장 낮았고 행정 분야는 국제 근거와 국내 근거를 동시에 언급한 논문의 비중도 가장 높았다. 대한민국 헌법의 여러 조항 중 제36조 3항만 언급한 논문의 비중은 상대적으로 의료 분야가 가장 낮았고 대한민국 헌법 제10조와 제36조 3항을 동시에 언급한 논문의 비중은 가장 높았다. 따라서 저자 소속은 법 분야의 비중이 줄고 다양해질 필요가 있다. 그래야 건강권의 근거가 국제 근거를 더 많이 포함할 수 있고 대한민국 헌법을 언급하더라도 보건에 한정된 제36조 3항뿐만 아니라 인간 존엄을 규정한 제10조나 인간다운 생활권을 규정한 제34조와 같은 여타 조항을 더 많이 포함할 수 있다. 이렇게 되어야 인권 형식을 빌려 건강 가치를 추구하는

건강권의 강점이 제대로 반영될 수 있다.

② ‘2013 건강권 서울시민회의’의 건강권의 근거

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 일반시민들은 국내외 법이나 문서와 같은 건강권의 근거를 언급하지 않았다. 그 대신 다른 건강권 요소들, 예를 들면 건강 가치나 개념, 이후에 나올 건강권 해석 등이 건강권의 근거를 대신하는 것으로 나타났다.

추가적으로 건강권 근거와 관련한 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 시민패널에게 제공한 자료집에 대해 언급할 필요가 있다. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서는 200쪽 상당의 시민패널자료집에 세계인권선언, 사회권규약, 자유권규약, 세계보건기구 헌장, 알마아타선언의 전문(全文)을 포함하여 제공하였다.⁵³⁾ 이때 그 용도를 “나누어 드리는 자료집은 교과서나 답안지가 아니라 전체 회의 과정에서 참고할 수 있는 정보입니다.”라고 소개하였고 자료집에도 명시하였다. 자료집에 대한 시민패널의 사후평가를 분석한 결과, 시민회의 전체 일정 속에서 정독하기에는 분량이 많고 내용이 어려웠다는 의견이 많았다. 대부분 정독이 아닌 통독을 했고, 아니면 필요한 부분만 정독이나 통독을 했다고 하였다. 물론 자세히 보면 도움이 될 만한 내용이며, 분량을 줄이면 내용이 빈약했을 것이라는 평가도 있었다. 건강권 근거를 특정해서는 다음과 같은 긍정적 평가가 있었다.

“(시민패널자료집) 뒷부분 규약 등의 내용이 좋았다.”

“세계인권선언문은 처음 보는 자료라서 ‘이런 게 세상에 있었구나.’ 이런 것도 재미가 있었고…”

53) 시민패널자료집은 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 실무진이 제작하고 조정위원회가 감수하였다.

따라서 일반시민들의 건강권에 대한 숙고를 돕기 위해 건강권 논문에서 나타난 건강권의 근거들(국내외 법과 문서)을 흥미롭고 쉬운 방식으로 알릴 필요가 있을 것이다.

③ 건강권의 근거에 대한 소결

건강권 근거의 내용은 국내 학술 논문에서 나타났지만 일반시민의 숙고 내용에서 나타나지 않았다. 일반시민의 언급 부재는 건강권의 법적 근거가 일반시민들에게 거의 알려져 있다는 점과 무관치 않다. 또한 건강권 근거를 대신하여 건강 가치나 개념, 건강권 해석과 같은 다른 요소를 언급하는 것으로 나타났다. 지난 25년간 건강권 근거를 언급한 학술 논문은 2000년대 들어 증가 추세를 보였다.

학술 논문에서 언급된 건강권 근거로는 국제 근거보다 국내 근거의 비중이 더 높았다. 개별 근거 측면에서는 대한민국 헌법, 세계인권선언, 사회권규약, 세계보건기구 헌장 등의 순으로 많이 언급되었고, 대한민국 헌법은 세계인권선언 보다 두 배 이상 많이 언급되었다. 개별 근거에서 가장 많이 언급된 조항으로는 대한민국 헌법에서 보건권(제36조 3항), 세계인권선언에서 적절한 생활수준 누릴 권리(제25조), 사회권규약에서 도달 가능한 최고 수준의 건강 누릴 권리(제12조), 아동권리협약에서 아동의 도달 가능한 최상의 건강 수준 누릴 권리(제24조), 여성차별철폐협약에서 건강보호권과 생식기능 보호조치 포함한 노동조건의 안전권(제11조 제1항 f호)과 보건 분야 여성 차별 철폐(제12조), 인종차별철폐협약에서 법 앞의 평등 보장과 인종차별 금지·폐지 의무(제5조)였다. 이처럼 전체 논문에서 언급된 건강권 근거의 내용은 다양하였다.

하지만 국내 근거는 국제 근거에 비해 다소 협소한 개념을 보이고 있다. 국내 근거 중에서 최고법인 대한민국 헌법의 보건권(제36조 3항) 조항은 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 되어 있다. 이것은 건강권 보유자의 자격을 ‘국민’으로 한정하고 보건권의 영역을 ‘보건’으로 한정하며 국가 의무를 ‘보호’라는 소극적 행위로 한정하고

있다. 따라서 국내 근거는 세계인권선언, 사회권규약과 같은 국제 근거에 비해 협소한 개념을 보인다. 개별 건강권 논문에서는 국내 근거만 언급한 논문이 43.3%를 차지했고, 이중에서 다수인 대한민국 헌법만 언급한 논문의 경우 인간 존엄이나 인간다운 생활권과 같은 여타 조항을 함께 언급하기보다 보건권(제36조 3항)만 언급한 논문이 상당수였다. 물론 광의의 개념에 기반을 둔 국제 근거를 언급한 논문(국제 근거만 언급, 국제 근거와 국내 근거 모두 언급)이 국내 근거만 언급한 논문에 비해 더 많았다. 그럼에도 지난 25년간 국내 학술 논문에서 협소한 개념의 건강권 근거에 바탕을 둔 논문이 상당수 존재한다는 점은 한계로 보인다.

진술한 한계는 논문 저자의 소속 분야와 연관성이 존재했다. 국내 학술 논문에서 건강권 근거를 언급한 논문 가운데 43.3% 논문의 저자 소속은 법학이었다. 이들 논문은 보건, 사회복지, 의료, 행정 같은 다른 분야에 비해 국내 근거만 언급하는 경향, 대한민국 헌법에서 여러 조항을 언급하기보다 제36조 3항만 언급하는 경향이 더 강했다. 따라서 법학 분야의 건강권 근거에 대한 관심이 국제 근거를 포괄하는 방향으로 확장될 필요가 있고 법학 이외의 분야에서 건강권 근거에 대한 관심 자체를 제고할 필요가 있다. 가장 바람직한 방향은 모든 학문 분야에서 건강권의 국제적·국내적 근거에 대한 포괄적 관심과 함께, 대한민국 헌법에서의 보건권(제36조 3항)뿐만 아닌 인간 존엄(제10조), 인간다운 생활권(제34조)과 같은 주요 조항에 대한 포괄적 관심일 것이다. 이것은 건강권 근거 측면에서 인권의 도구적 가치뿐만 아니라 인권의 내재적·표출적 가치를 동시에 추구해야 하는 당위성에 부합한다.

그럼에도 이 논문에서 건강권의 근거를 법적 문서에 한정된 것은 지적하지 않을 수 없다. 분석에서 건강권의 개념적 복잡성을 최소화하기 위해 불가피했지만 “특정 인권의 의미를 결정하는 것은 법적 내용과 더불어 철학적 정당화·구체화”이기 때문에 도덕적·철학적 근거들을 제외한 것은 아쉬운 부분이다(Erk, 2011: 12). 물론 법적 근거들은 사회적 숙고와 합의에 도달했다는 강점이 있는 반면 도덕적·철학적 근거들은 지속적 논쟁 과정에 있다는 한계가 있다. 또한 이 논문의 내용분석 코드표에

는 건강권의 도덕적·철학적 근거들이 포함되지 않았지만 필자가 항시 염두에 둔 부분이었기 때문에 386편의 건강권 논문을 읽는 동안 이러한 근거들이 거의 발견되지 않았다. 그럼에도 건강권에 대한 Norman Daniels의 롤즈주의적 접근, Jennifer Ruger의 잠재역량 접근, Erk의 인간 존엄성 접근 등은 건강권 개념의 명확화에 기여하기 때문에 도덕적·철학적 근거에 대한 관심은 필수적이다. 이런 측면에서 건강권 정당화에 대한 한국 사회의 관심과 논의는 증가할 필요가 있다.

전술한 내용에서는 하향식의 건강권 정당화를 언급했다면 상향식의 건강권 정당화도 유념할 필요가 있다. ‘2013 건강권 서울시민회의’ 사례에서 알 수 있듯이 일반시민은 건강권의 법적 근거를 전혀 언급하지 않았지만 그것의 역할을 건강 가치나 개념, 건강권 해석으로써 대신하였다. 이것은 건강권의 법적 근거가 일반시민에게 널리 알려져야 함을 의미하기도 하지만 그러한 정보가 없는 일반시민도 경험, 상식, 도덕 감정, 숙의 등을 통해 건강권에 대한 내용을 도출할 수 있는 도덕적 추론이 가능함을 의미하기도 한다. 따라서 건강권 논의에 일반시민이 참여하는 것은 상향식의 건강권 정당화 방식으로 필수적이라 할 수 있다.

건강권 근거로 기술된 내용 중에는 여러 오류가 발견되었다. 법이나 문서의 제정 연도 오류, 법명이나 문서명과 인용 내용 사이의 불일치, 조항 번호 오류, 조항 내용의 오류 등이 나타났다. 이러한 현상은 주로 원문 확인 부재에서 발생한 것으로 보인다. 따라서 건강권 근거를 기술할 때에는 해당 법이나 문서의 내용을 반드시 확인할 필요가 있다.

국제법상 건강권 개념 측면에서 2000년 유엔 사회권위원회 일반논평 14호는 <표 5>와 같이 건강권에 대한 복수의 근거를 기술하고 있다. 이들 근거는 1990년-2014년 국내 학술논문에서 모두 나타났다. 국내 학술논문의 경우 전체적으로 국제 근거를 언급한 논문이 국내 근거만 언급한 논문 보다 많았지만, 국내 근거만 언급한 논문이 43.3%로 상당한 비율을 차지한다는 점은 한계이다. 동시에 국내 근거 중에서 대한민국 헌법의 보건권(제36조 3항)만 언급한 논문도 상당수 나타났다는 점 역시 한계이다. 이를 극복하기 위해 한국 사회는 보다 광의의 개념에 기반을 둔 건

건강권의 국제 근거를 보다 적극적으로 수용해야 한다.

여기서 핵심은 ‘국제’ 혹은 ‘국내’ 근거가 아니라 ‘협약’의 개념에 기반을 둔 근거인지 ‘광의’의 개념에 기반을 둔 근거인지 여부다. ‘광의’의 개념에 기반을 둔 건강권 근거를 위한 전략은 세 가지 방식으로 가능하다. 첫째 건강권의 국제 근거를 언급하는 것이다. 둘째 부득이하게 국내 근거만 언급할 경우에는 대한민국 헌법의 보건권(제36조 3항) 조항만 언급하기보다 인권의 근본 가치를 반영하는 인간 존엄, 인간다운 생활권과 같은 조항을 함께 언급하는 것이다. 셋째 현재 한국 사회에서 진행되고 있는 헌법 개정 작업에서 건강권 관련 조항이 광의의 개념을 반영하도록 개정하는 것이다. 법학 분야에서는 대한민국 헌법의 제36조 3항이 추상적 권리설, 프로그램설, 구체적 권리설 중 어디에 해당하는지에 대해 논쟁 중이며 권리가 아닌 의무를 규정하고 있다는 주장까지 존재한다. 따라서 헌법의 건강권 관련 조항은 건강권 보유자의 자격, 건강권의 영역, 국가 의무를 광의의 개념으로 확장하고 권리성을 명확히하는 내용으로 개정해야 한다. 또한 사회권적 성격에 한정되어 있는 개념을 자유권적 성격과 사회권적 성격을 포괄하는 개념으로 개정해야 한다. 그럼에도 헌법의 건강권 관련 조항은 헌법이라는 구조 속에서 특수 영역의 권리로서 위치할 수밖에 없기 때문에 근본적인 한계를 지닌다는 점을 유념할 필요가 있다. 이러한 한계는 유권해석을 통해 완화하거나 상향식과 하향식의 건강권 정당화, 즉 도덕적·철학적 근거 구축과 시민의 숙의적 참여를 통해 극복하도록 노력할 필요가 있다.

건강권의 존재의의 측면에서 국내 학술 논문에서 나타난 건강권의 근거는 한계가 더 많다. 왜냐하면 국제 근거 혹은 국내 근거를 막론하고 인간 존엄, 권력의 재조정, 의무와 책무성 기제를 직접 명시하는 조항, 예를 들면 인간 존엄, 차별금지, 참정권, 자기결정권, 당사국의 권리 실현을 위한 조치와 진전 사항에 관한 보고서 제출 의무(사회권규약 제16조와 제17조)⁵⁴⁾와 같은 조항은 건강권 근거로서 거의 혹은 전혀 나타나지

54) 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제16조 1. 이 규약의 당사국은 규약에서 인정된 권리의 준수를 실현하기 위하여 취한 조치와 성취된 진전 사항에 관한 보고서를 이 부의

않았기 때문이다. 그럼에도 국제 근거의 경우 특수 권리인 건강권이 차별금지를 포함한 적절한 생활수준을 누릴 권리로 대변되거나(세계인권선언 제25조) 당사국 의무를 구체적으로 제시하고 있어(사회권규약 제12조 2항) 그나마 인간 존엄이나 의무 기제가 강조되는 것으로 보인다. 하지만 국내 근거의 경우 보건 영역으로 한정된 대한민국 헌법 제36조 3항(보건권)이 많이 언급되고 제10조(인간 존엄)와 제34조(인간다운 생활권)와 같은 여타 조항이 많이 언급되지 않아서 국제 근거에 비해 인간 존엄이 덜 강조되고 있다. 또한 대한민국 헌법 제36조 3항(보건권)이 추상적으로 국가 의무의 존재만 인정하고 있어서 건강권 존재의 측면에서 의무 기제가 제대로 반영하고 있다고 보기 어렵다. 따라서 건강권 존재의 측면에서 건강권 근거는 건강권 조항뿐만 아니라 인간 존엄, 차별금지, 참정권, 자기결정권, 당사국 보고서 제출 의무와 같은 여타 인권 조항도 함께 언급될 필요가 있다.

건강권에 대한 국내 학술 논문에서 나타난 건강권 근거를 전체적으로 평가하면, 건강권 요소로서 유의성은 확인되었지만 국제법상 건강권 개념과 건강권의 핵심적 존재의의가 충분히 혹은 제대로 반영되었다고 보기 어렵다. 국제법상 건강권 개념 측면에서는 협소한 개념의 국내 근거가 상당수 언급되었기 때문에 보다 광의의 개념에 기반을 둔 국제 근거를 적극적으로 포괄할 필요가 있다. 특히, 법학 분야의 연구자들이 더욱 노력할 필요가 있다. 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서는 특수 권리로

규정에 따라 제출할 것을 약속한다.

2. (a) 모든 보고서는 국제연합사무총장에게 제출된다. 사무총장은 이 규약의 규정에 따라, 경제사회이사회가 심의할 수 있도록 보고서 사본을 동 이사회에 송부한다.
 - (b) 국제연합사무총장은 이 규약의 당사국으로서 국제연합전문기구의 회원국인 국가가 제출한 보고서 또는 보고서 내용의 일부가 전문기구의 창설규정에 따라 동 전문기구의 책임에 속하는 문제와 관계가 있는 경우, 동 보고서 사본 또는 그 내용 중의 관련 부분의 사본을 동 전문기구에 송부한다.
- 제17조 1. 이 규약의 당사국은 경제사회이사회가 규약당사국 및 관련 전문기구와 협의한 후, 이 규약의 발효 후 1년 이내에 수립하는 계획에 따라, 자국의 보고서를 각 단계별로 제출한다.
2. 동 보고서는 이 규약상의 의무의 이행정도에 영향을 미치는 요소 및 장애를 지적할 수 있다.
 3. 이 규약의 당사국이 이미 국제연합 또는 전문기구에 관련 정보를 제출한 경우에는, 동일한 정보를 다시 작성하지 않고 동 정보에 대한 정확한 언급으로서 족하다. (출처: 국가법령정보센터, 접속 2015.04.01.)

서의 건강권 조항 외에 인간 존엄, 차별금지, 참정권, 자기결정권, 당사국의 보고서 제출 의무와 같은 여타 인권 조항이 거의 혹은 전혀 언급되지 않았다. 이것은 이 논문에서 건강권의 근거를 법적 근거로 한정한 것과 관련이 있다. 왜냐하면 법적 근거는 인권의 도구적 가치를 강조함으로써 건강이나 보건 영역에서 건강권을 규정하는 근거들이 많이 나타날 수 있기 때문이다. 따라서 건강권 근거로서 건강 영역에서 인간 존엄을 목표로 두는 인권의 내재적·표출적 가치를 강조할 필요가 있고 이를 위해 인간 존엄, 차별금지, 참정권, 자기결정권과 같은 여타 인권 조항을 함께 근거로 인식할 필요가 있다. 동시에 건강권의 법적 근거를 넘어 건강권의 도덕적·철학적 근거에 대한 논의가 필요하고 이때 하향식의 접근뿐만 아니라 상향식의 접근까지 모색될 필요가 있다. 한편 건강권에 대한 일반시민의 숙고 내용에서는 건강권 근거가 전혀 나타났지 않았지만 다른 요소가 이를 대신하는 것으로 나타났다. 이를 통해 건강권 요소로서 건강권 근거의 유의성이 일반시민에서도 확인되었다. 하지만 향후에 일반시민에게 건강권의 법적 근거를 쉽게, 그리고 널리 알려야 하고 건강권 정당화와 구체화 과정에 일반시민의 참여가 필요하다.

5) 건강권의 내용

건강권의 내용은 해석, 세부권리, 작동방식, 가용성·접근성·수용성·질, 그리고 지표와 벤치마크로 나누어 살펴보고자 한다.

(1) 건강권에 대한 해석

① 건강권에 관한 학술 논문의 건강권 해석

전체 건강권 논문 386개 가운데 건강권에 대한 해석을 언급한 논문은

30.8%인 119개로 나타났다. 1990년-2014년의 건강권 논문의 증가 경향에는 못 미치지만 건강권에 대한 해석을 언급한 논문도 2000년대 들어 지속적인 증가 추세를 보였고 2011년 이후 4년 동안에는 큰 폭의 증감이 있었다.

언급된 건강권 해석은 매우 다양하기 때문에 보다 체계적인 이해를 위해서는 다음 <표 32>와 같이 분류할 수 있다. 크게는 단일 차원의 범주와 복수 차원의 범주로 분류할 수 있고 개별 논문에서는 여러 범주들이 함께 언급되기도 했다.⁵⁵⁾

55) 여기서 ‘범주’란 건강권 해석으로 주장된 최소한의 의미 단위를 의미한다. 단일 차원의 범주란 하나의 차원으로 주장된 건강권 해석이고, 복수 차원의 범주란 여러 차원이 짝을 이루어 주장된 해석이라고 할 수 있다. 개별 논문에서는 건강권에 대한 여러 해석이 나타날 수 있기 때문에 복수의 범주가 나타나기도 한다. 따라서 ‘차원’과 ‘범주’의 차이를 유념할 필요가 있다.

표 32. 건강권에 대한 해석의 범주

건강권에 대한 해석의 범주	논문 수
단일 차원의 범주	
급부와 배려	35
건강 혹은 삶	25
건강할 권리(right to be healthy) 아님	11
건강관념	8
주체와 권력	7
타 인권과의 관계	4
~보다 광의	3
구성주의	3
의미 불명확	3
건강 침해 금지	2
건강권의 ‘도달 가능한’의 의미	1
공동체의 근본적·중대한 공익	1
[여성근로자 건강권] 평등 대우와 특수 지위 감안한 건강 보호	1
복수 차원의 범주	
건강 침해 금지 + 급부와 배려	44
자유 + 요구자격	11
건강할 권리 + 보건의료 받을 권리 + 보건의료과정에서의 권리	2
내용 + 주체	2
협의 + 광의	2
건강 + 보건의료	1
건강 그 자체 + 사회보장 제도 + 사회자본 + 임파워먼트	1
건강유지와 침해방지 + 환자의 권리 + 참여할 권리	1
국민의 보건의료서비스 받을 권리 + 국가 및 의료인의 보건의료서비스 제공 의무 + 의료정보 알 권리 또는 보호 받을 권리	1
내포 + 외연	1
차별금지 + 건강한 삶의 필수 요소	1
[노동자 건강권] 건강하게 일할 권리 + 노동과정에서 건강악화 방지	2
[노동자 건강권] 구체적 현장 + 사회적 측면	1
[노동자 건강권] 노동자 보호 + 급부와 배려	1

우선, 개별 범주 측면의 해석을 살펴보고자 한다. 단일 차원의 건강권 해석에서 ‘급부와 배려’란 범주는 국가적 급부와 배려를 요구할 권리와 같은 직접적 표현이 나타나거나 국가의 건강 생활 보호, 보건의료와 건강한 조건, 적시의 적절한 보건의료와 기초적 건강결정요소 포함, 도달

가능한 최고 수준의 건강 실현에 필요한 다양한 시설·물품·서비스·조건 등과 같이 ‘급부와 배려’에 해당하는 내용이 나타난 해석을 말한다. 여기서 ‘급부와 배려’란 용어는 1995년 헌법재판소의 헌법 제36조 제3항에 대한 판례에서 언급되었고 ‘도달 가능한 최고 수준의 건강 실현에 필요한 시설·물품·서비스·조건의 향유’, ‘적시의 적절한 보건의료와 기초적 건강결정요소’는 2000년 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에서 사회권규약 제12조의 규범적 내용에 대한 설명에서 언급되었다. ‘급부와 배려’로서의 건강권 해석은 35개 논문에서 나타났고 좁게는 치료에서부터 보건의료, 기초적 건강결정요소, 사회경제적·문화적 조건을 거쳐 넓게는 삶의 질까지 그 해석의 범위가 넓게 나타났다(부록 3의 <표 24>). 이러한 급부와 배려는 대부분 국가에 대해 요구할 수 있는 것으로 해석되었다.

단일 차원의 건강권 해석으로 ‘건강 혹은 삶’이란 범주는 “생명과 건강을 지키는 인간의 권리” 혹은 “완전한 신체적·정신적·사회적 안녕 상태에 도달할 권리” 혹은 “행복한 삶의 추구를 위한 인간의 기본적인 권리”와 같이 ‘건강 혹은 삶’의 관점에서 건강권을 해석한 경우를 말한다. 25개 논문에서 나타난 ‘건강 혹은 삶’의 관점에서의 건강권 해석을 더욱 세분화하면, 건강 그 자체, 건강 수준, 건강한 삶, 생명·건강, 안녕 상태 등으로 나눌 수 있다. 이 중에서 건강권을 “생명과 건강을 지키는 인간의 권리”라고 해석한 경우가 가장 많았다(부록 3의 <표 25>). ‘건강 그 자체’에 대한 의미를 밝힘으로써 건강권을 해석한 경우에는 건강 그 자체를 중요한 목적이나 인권 보호의 대상으로 인정한 주장이 있었던 반면 국가가 건강 그 자체를 담보해줄 수 없다는 부정적 주장도 공존하였다. 또한 ‘건강 수준’의 달성을 언급함으로써 건강권을 해석한 경우에는 ‘최고’ 수준의 건강과 ‘적정’ 수준의 건강에 대한 주장이 공존하였다. ‘안녕 상태’에 대해 언급함으로써 건강권을 해석한 경우에는 안녕 상태에 ‘도달’할 권리, 그것을 ‘추구’할 권리, 그것을 ‘유지’할 권리가 공존하였다. 이렇게 건강에 대한 언급을 통해 건강권을 해석한 경우 이 외에 건강권을 ‘삶’으로 확장하여 해석한 경우에는 ‘건강한’ 삶과 ‘행복한’ 삶이 공존하였

다. ‘건강한’ 삶의 경우 건강한 삶을 ‘유지’할 권리, ‘지향’할 권리가 공존 하였으며 ‘생활 전반’, ‘일상’, ‘육체적·정신적·사회적’이라는 범위들이 공존하였다.

단일 차원의 건강권 해석에서 ‘건강할 권리(right to be healthy) 아님’이란 범주는 “건강권은 ‘건강할 권리’(right to be healthy)라기보다 도달 가능한 최고 수준의 건강을 실현하기 위해 필요한 시설, 상품, 서비스 및 환경을 향유할 포괄적인 권리임” 혹은 “건강에의 권리는 건강할 권리(right to be healthy)로 이해되어서는 안 됨”과 같이 건강권은 건강할 권리(right to be healthy)가 아니라고 해석한 경우를 말한다. ‘건강할 권리(right to be healthy) 아님’이란 범주를 언급한 11개 논문은 모두 다른 범주의 건강권 해석을 함께 언급하고 있다는 점에서 이 범주는 건강권에 대한 해석을 보완하거나 보다 명확하게 만드는 역할을 하는 해석이라고 볼 수 있다. 건강권을 ‘건강할 권리’(right to be healthy)로 해석하면 안 된다는 주장은 2000년 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에서 사회권 규약 제12조의 규범적 내용으로 기술되었는데, 원문의 ‘right to be healthy’를 번역한 국문 용어는 일관되지 않았다. 구체적으로, ‘건강할 권리’(6개 논문), ‘건강할 수 있는 권리’(3개 논문), ‘건강해야 할 권리’(1개 논문), ‘건강해질 권리’(1개 논문)로 번역되었다.

단일 차원의 건강권 해석에서 ‘건강관념’이란 범주는 “신체적 건강뿐만 아니라 정신적인 건강까지 포함” 혹은 “의학적 관점과 공중보건 관점을 아우르는 넓은 범위의 건강을 기반으로 함”과 같이 건강에 대한 관념 측면에서 건강권을 해석하는 경우를 말한다. 8개 논문에서 나타난 ‘건강관념’ 범주의 건강권 해석을 더욱 세분화하면, 개인 및 인구집단 관점, 건강 범위, 확장된 개념, 학문 분야 고려 개념으로 나눌 수 있다. 이 중에서 건강권을 “육체적 건강과 정신적 건강 모두 포함”이라고 해석한 경우가 가장 많았다(부록 3의 <표 26>).

단일 차원의 건강권 해석에서 ‘주체와 권력’이란 범주는 권리보유자의 주장, 통제, 권력, 자기결정, 주체 인식 등을 건강권 해석의 주요 내용으로 언급하는 경우를 말한다(부록 3의 <표 27>). 7개 논문에서 나타난

‘주체와 권력’ 범주의 건강권 해석에서는 자기결정 관련 해석이 두 번 나타났다. 나머지는 한 번씩 나타났다.

단일 차원의 건강권 해석에서 ‘타 인권과의 관계’란 범주는 건강권과 여타 인권과의 관계를 통해 건강권의 의미를 언급하는 경우를 말한다. 4개 논문에서 나타난 ‘타 인권과의 관계’ 범주의 건강권 해석에서는 다양한 인권을 통한 건강 확보(1개), 건강생활 영역에서 인간의 존엄과 가치 존중(2개), 직업중사의 자유보다 더 기본적인 자유(1개)로 나타났다.

단일 차원의 건강권 해석에서 ‘~보다 광의’란 범주는 건강권은 ‘보건권’ 혹은 ‘치료받을 권리’ 혹은 ‘의료에 대한 권리’ 보다 광의의 의미를 갖는다고 해석한 경우를 말한다. 총 3개 논문에서 나타난 구체적 내용은 “의학에서 생존권적 권리로 강조하는 보건권의 개념을 포괄하여 보다 광의의 의미를 지님”, “의사 아닌 사람들의 주장으로 제기된 치료받을 권리를 넘어서는 건강권”, “의료에 대한 권리 개념이 더욱 신장되어 건강권으로 보편화됨”과 같다. 여기서 건강권을 보건권 보다 광의의 의미로 주장한 논문의 경우 ‘건강권’과 ‘보건권’을 다른 개념으로 설명하면서도 기술(記述)의 편의상 두 개념을 혼용한다고 하였다. 따라서 건강 요소에서 ‘건강’과 ‘보건’의 개념 차이와 마찬가지로 ‘건강권’과 ‘보건권’의 개념 차이는 주의해서 살펴볼 필요가 있다.

단일 차원의 건강권 해석에서 ‘구성주의’란 범주는 건강권이 사회적으로 구성된다고 해석한 경우를 말한다. 이렇게 ‘구성주의’ 측면의 건강권 해석은 총 3개 논문에서 나타났고 개별 논문에서 나타난 구체적 해석 내용을 요약하면 다음과 같다.

보건에 관한 권리의 법적 성격은 사회적·역사적으로 변화하므로 상황적응성에 따라 탄력적인 해석이 필요하고 현실적·사회적 요청에 따라 구체적 해석을 허용하는 것이 필요함. (문헌 157)

[성별화된 건강권] 여성의 경험을 중심으로 재구성된 성별화된 건강권은 사회적·경제적·문화적 지구화의 맥락 속에서 여성의 경험과 여성의 건강에

영향을 미치는 사회구조적인 조건에 따라 구성되는 사회적 구성물이자 성별 정치학의 산물임. (문헌 211)

국가별로 최고법인 헌법에 근거한 건강권 및 의료접근권에 대한 기술 및 해석에도 차이가 존재함, 또한 국가별로 건강권 및 의료접근권을 개별 법령으로 구체화할 때 법률여건과 사회문화적 환경에 따라 그 해석과 적용에 차이가 존재함, 법률 간의 경합 시 우선권 원칙에 따른 건강권의 제한이나 사회문화적 사고의 차이로 건강권에 제약을 받는 경우 존재함. (문헌 310)

단일 차원의 건강권 해석에서 ‘의미 불명확’이란 범주는 문자 그대로 건강권에 대한 명확한 해석을 내리기가 어렵다고 주장한 경우를 말한다. 3개 논문에서 나타난 ‘의미 불명확’이란 건강권 해석의 구체적 내용을 요약하면 다음과 같다.

건강권은 그 의미와 범위가 분명하지 않음, 건강의 권리는 개념의 모호함으로 달성하기 어려운데 현대에 이르러서는 건강권에 대한 인식이 높아졌으며 모든 국민이 사회경제적 지위와 관계없이 필요한 때 의료서비스에 동등하게 접근하게 양질의 진료를 보장받을 수 있는 ‘보건의료권’이 하나의 권리로 등장함. (문헌 137)

하지만 이러한 세계인권선언 및 사회권규약에도 불구하고 ‘건강할 권리’를 정의 내리기는 쉽지 않음, 추상적 선언 혹은 경구로서 ‘건강할 권리’를 넘어 사회적 관계 속에서 정책적·제도적으로 이러한 권리를 보호하고 증진하기 위한 개념적 준거를 마련하기가 힘들기 때문임. (문헌 265)

건강권에 대한 개념은 건강정책 및 사회적 개입에서 중요한 근거로 작용하나 현실 정책의 입안·실시에서 명확한 범위나 구체적 기준·지침을 제공해주지 못함, 해석의 범위가 개인들이 현대적 의학 처치를 받을 권리로 좁혀졌다는 비판이 존재함. (문헌 324)

단일 차원의 건강권 해석 가운데 총 2개 논문에서 나타난 ‘건강 침해 금지’란 범주는 건강권을 신체의 자유나 신체불훼손권으로 주장한 경우를 말한다. 마지막으로 단일 차원의 건강권 해석 가운데 각각 1개 논문

에서만 나타난 세 가지 범주로는 ‘건강권의 “도달 가능한”의 의미’, ‘공동체의 근본적·중대한 공익’, ‘평등대우와 특수 지위 감안한 건강 보호’가 있다. 여기서 ‘건강권의 “도달 가능한”의 의미’ 범주의 구체적 내용은 개인 상황, 사회 여건에 의해 건강에 차이가 존재할 수 있지만 개인 간 차별을 인정하거나 국가에 면죄부를 부여하는 것으로 해석하면 안 된다는 것이었다.

지금까지는 단일 차원의 건강권 해석을 살펴보고 이제부터 복수 차원의 건강권 해석을 살펴보고자 한다. 우선 복수 차원의 건강권 해석에서 ‘건강 침해 금지와 급부·배려’의 범주란 총 44개 논문에서 나타났고, 문자 그대로 건강권을 국가의 건강 침해 금지와 국가에게 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리라고 해석하거나 이에 합당한 구체적 내용을 서술하여 해석하였다(부록 3의 <표 28>). 이 범주가 단일 차원의 건강권 해석인 ‘급부와 배려’ 범주와 다른 점은 ‘건강 침해 금지’의 내용과 ‘급부와 배려’의 내용이 짝을 이루어 언급된다는 점이다. 이 범주는 국가뿐만 아니라 국가와 사인을 특정하기도 했고 아예 특정하지 않기도 했다.

‘건강 침해 금지와 급부·배려 요구’라는 건강권 해석의 대부분은 1995년 헌법재판소가 판시한 “헌법 제36조 제3항이 규정하고 있는 국민의 보건에 관한 권리는 국민이 자신의 건강을 유지하는 데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리를 말하는 것으로서, 국가는 국민의 건강을 소극적으로 침해하여서는 아니될 의무를 부담하는 것에서 한걸음 더 나아가 적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담한다.”에 근거한다고 볼 수 있다(헌재 1995.4.20. 91헌바 11, 판례집 7-1, 478, 491).⁵⁶⁾ 이러한 내용을 언급한 42개 논문 가운데 1개(1994년)를 제외하면 모두 2001년 이후에 발행되었다.

복수 차원의 건강권 해석에서 ‘자유(freedom)와 요구자격(entitlement)⁵⁷⁾’이란 범주는 2000년 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에 서술된

56) 온라인 출처: 헌법재판정보 판례요지집 http://search.ccourt.go.kr/thz/pb/thz_pb0101_L1.do (접속 2017.2.24.)

57) 사회권위원회의 일반논평 14호에서 등장한 entitlement에 대해 실제 건강권 논문에서는 ‘권리’

“건강권은 자유와 요구자격을 모두 포함한다. 자유는 성적·재생산 자유와 같이 자신의 건강과 신체를 통제할 권리와 고문 및 합의하지 않은 치료·실험으로부터 자유로울 권리와 같은 간섭으로부터 자유로울 권리를 포함한다. 반면, 요구자격은 사람들이 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 기회의 평등을 제공하는 건강 보호 체계에 대한 권리를 포함한다.”는 내용에 근거한다고 볼 수 있다(Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). 이러한 내용을 언급한 논문은 12개였고 모두 2009년 이후에 발행되었다.

복수 차원의 건강권 해석에서 각각 2개 논문 이하에서 언급된 범주들을 살펴보고자 한다. 우선, 건강과 건강 실현 수단으로 구성된 복수 차원의 범주로서 ‘건강할 권리⁵⁸⁾ + 보건의료 받을 권리 + 보건의료과정에서의 권리’, ‘건강 + 보건의료’, ‘건강 그 자체 + 사회보장 제도 + 사회자본 + 임파워먼트’, ‘건강유지와 침해방지 + 환자의 권리 + 참여할 권리’가 나타났다. 보건의료 영역으로 한정된 복수 차원의 범주로서 ‘국민의 보건의료서비스 받을 권리 + 국가 및 의료인의 보건의료서비스 제공 의무 + 의료정보 알 권리 또는 보호 받을 권리’가 나타났다. 또한 개별적으로 ‘내용과 주체’, ‘협의를 광의’, ‘내포와 외연’, ‘차별금지과 건강한 삶의 필수 요소’ 범주가 나타났다. ‘내용과 주체’ 범주의 구체적 해석 내용은 건강권을 ‘적용 범위, 문제 원인, 해결 원리, 실현 방안, 실현 방법(이상, 내용 차원), 의무담지자(주체 차원)’로 제시하거나 ‘노동자 건강권 운동의 범위와 주체(이상, 내용 차원), 건강권 보유자(주체 차원)’로 제시하였다. ‘협의를 광의’ 범주의 구체적 해석 내용은 건강권을 ‘차별 없이 최선의 진료 제공 받음(협의를 차원)과 행복추구권과 환경권(광의의 차원)’으로 제시하거나 ‘국가·기업 정책이나 보건의료서비스 영역에서 논의하고 법적만의 협소한 규정(협의를 차원)과 광범위한 행위자의 상호작용 속에서의 이해와 규정(광의의 차원)’으로 제시하였다. ‘내포와 외연’ 범주의 구체적 해석 내용은 건강권을 내포 차원의 ‘생명권’과 외연 차원의 ‘안전권과 보건환경권을 외연으로 하면서 정치

혹은 ‘권리부여’ 혹은 ‘권한’으로 다양하게 번역하였으나 필자는 일관성을 위해 ‘요구자격’으로 통일하였다.

58) 해당 논문에서 ‘건강할 권리’의 영문 표기는 명확하게 제시되지 않았다.

적·경제적·사회적·문화적 영역에 걸친 권리'로 제시하였다. '차별금지
와 건강한 삶의 필수 요소' 범주의 구체적 해석 내용은 건강권을 '차별금지
와 건강한 삶의 필수 요소인 적절한 영양, 주거환경, 안전한 먹거리, 식수,
건강한 노동환경, 보건교육, 의료시설의 접근 포괄'로 제시하였다. 마지막
으로 노동자 건강권에 한정된 복수 차원의 범주로서 '건강하게 일할 권리와
노동과정에서의 건강악화 방지', '구체적 현장의 건강권과 사회적 측면
의 건강권', 그리고 '노동자 보호와 급부와 배려'가 나타났다.

지금까지 119개 논문에서 나타난 건강권 해석의 여러 범주를 살펴보
았다. 개별 논문 측면에서는 이들 범주가 한 가지에서 네 가지까지 동시
에 나타나기도 하였는데, 한 가지 범주만 나타난 논문이 77개(64.7%)였
고 두 가지 이상의 범주가 함께 나타난 논문이 42개(35.3%)였다. 개별
논문 측면에서 가장 높은 빈도를 나타낸 건강권 해석의 구성은 '건강 침
해 금지와 급부·배려' 측면의 해석, '급부와 배려' 측면의 해석, '건강 혹
은 삶' 측면의 해석으로서 모두 한 가지 범주로 이루어진 구성이었다. 하
지만, '차원' 측면에서 보면 건강권 해석이 나타난 논문 중에서 32.8%(39
개)만이 단일 차원의 범주 한 가지만 언급했기 때문에, 전체적으로 복수
의 차원으로 구성된 건강권 해석을 언급한 논문이 다수임을 알 수 있다.

표 33. 개별 논문에서 나타난 건강권 해석의 범주 구성

개별 논문에서 나타난 건강권 해석	논문 수
한 가지 범주로 구성된 건강권 해석을 언급한 논문	77
건강 침해 금지 + 급부와 배려	27
급부와 배려	18
건강 혹은 삶	10
의미불명확	3
건강 침해 금지	2
건강관념	2
구성주의	2
내용 + 주체	2
~보다 광의	1
건강 + 보건의료	1
건강 그 자체 + 사회보장 제도 + 사회자본 + 임파워먼트	1
건강할 권리 + 보건의료 받을 권리 + 보건의료과정에서의 권리	1
광의 + 협의	1
국민의 보건의료서비스 받을 권리 + 국가 및 의료인의 보건의료서비스 제공 의무 + 의료정보 알 권리 또는 보호 받을 권리	1
자유 + 요구자격	1
주체와 권력	1
타 인권과의 관계	1
[노동자건강권] 건강하게 일할 권리 + 노동과정에서 노동자 건강악화 방지	1
[여성근로자건강권] 평등대우와 특수 지위 감안한 건강 보호	1
두 가지 범주로 구성된 건강권 해석을 언급한 논문	29
건강 혹은 삶, 건강 침해 금지 + 급부와 배려	7
건강관념, 급부와 배려	3
급부와 배려, 자유 + 요구자격	3
건강 혹은 삶, 급부와 배려	2

개별 논문에서 나타난 건강권 해석	논문 수
건강 혹은 삶, 타 인권과의 관계	1
건강관념, 건강 침해 금지 + 급부와 배려	1
건강 침해 금지 + 급부와 배려, 건강할 권리 + 보건의료 받을 권리 + 보건의료과정에서의 권리	1
건강 침해 금지 + 급부와 배려, 공동체의 근본적·중대한 공익	1
건강 침해 금지 + 급부와 배려, 내포 + 외연	1
건강 침해 금지 + 급부와 배려, 타 인권과의 관계	1
건강할 권리 아님, 건강 침해 금지 + 급부와 배려,	1
건강할 권리 아님, 자유 + 요구자격	1
구성주의, 급부와 배려	1
급부와 배려, 주체와 권력	1
[노동자건강권] 노동자 보호 + 급부와 배려, 구체적 현장 + 사회적 측면	1
[노동자건강권] 주체와 권력, 건강하게 일할 권리 + 노동과정에서 노동자 건강악화 방지	1
세 가지 범주로 구성된 건강권 해석을 언급한 논문	11
건강할 권리 아님, 급부와 배려, 자유 + 요구자격	2
건강 혹은 삶, 건강 침해 금지 + 급부와 배려, 주체와 권력	1
건강 혹은 삶, 건강할 권리 아님, 자유 + 요구자격	1
건강 혹은 삶, 자유 + 요구자격, 주체와 권력	1
건강관념, 건강할 권리 아님, 급부와 배려	1
건강권의 ‘도달 가능한’의 의미, 건강할 권리 아님, 건강 침해 금지 + 급부와 배려	1
건강유지와 침해 방지 + 환자의 권리 + 참여할 권리, 급부와 배려, 타 인권과의 관계	1
건강할 권리 아님, 건강 침해 금지 + 급부와 배려, 자유 + 요구자격	1
건강할 권리 아님, 자유 + 요구자격, 차별금지 + 건강한 삶의 필요 요소	1
광의 + 협의, 급부와 배려, 주체와 권력	1
네 가지 범주로 구성된 건강권 해석을 언급한 논문	2
건강 혹은 삶, 건강관념, 건강할 권리 아님, 급부와 배려	1

상기 표에서 건강권 해석의 4가지 범주(건강·삶, 건강관념, 건강할 권리(right to be healthy) 아님, 급부와 배려)가 한꺼번에 나타난 논문의 구체적 내용을 요약하면 다음과 같다.

[건강할 권리(right to be healthy) 아님] 건강권이란 개념이 학술적으로는 생소함, 건강권은 단순히 건강해야 할 권리를 의미하는 것은 아님, [건강 혹은 삶] 단순한 보건상태의 증진뿐 아니라 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리, [건강관념] 의학적 관점과 공중 보건 관점을 아우르는 넓은 범위의 건강을 기반으로 함, [급부와 배려] 의료와 사회 환경 모두를 주요 건강결정요인으로 간주하는 통합적 접근을 의미함, 의료(health care)를 제공받을 권리와 건강할 조건(healthy conditions)에 대한 권리라는 기본 요소를 충족시키는 권리임. (문헌 124)

지금까지는 개념의 조작화 측면에서 건강권 내용을 보다 구체화한 건강권 해석을 분석한 결과를 제시하였다. 여기에 추가적으로 건강권 개념이 자유권과 사회권 중 어디에 해당하는지에 대한 국내 학술 논문의 입장을 분석한 결과를 제시하고자 한다. 건강권 해석이 ‘차원’과 ‘범주’를 통해 건강권 개념을 구체적으로 서술했다면 건강권에 대한 자유권 혹은 사회권의 성격 규정은 그러한 서술과 무관하게 건강권 개념이 자유권적인지 아니면 사회권적인지 아니면 둘 다인지에 대한 의견을 나타냈다는 점이다.⁵⁹⁾ 후자의 경우 본문에 ‘자유권’이나 ‘사회권’을 의미하는 용어가 직접 언급되어야 한다. 이러한 분석 결과를 함께 살펴보는 이유는 건강권 개념의 실체가 자유권과 사회권이라는 이분법적 틀에 의한 성격 규정과 상응하는지 검토하기 위해서이다. 만약, 상응하지 않는다면 건강권을 자유권이나 사회권으로 분리하여 한쪽으로만 접근하는 관점에 대해 문제제기가 가능하다.

건강권 개념이 자유권과 사회권 중 어디에 해당하는지에 대한 국내 학

59) 물론 두 가지 내용이 함께 서술된 경우도 존재한다.

술 논문의 입장을 분석한 결과, 총 65개 논문에서 언급되었고 건강권을 사회권으로 간주하는 입장(41개 논문), 건강권이 자유권과 사회권 측면을 동시에 갖는다고 보는 입장(18개 논문), 건강권이 자유권과 사회권 측면을 동시에 갖지만 사회권 성격이 보다 강하다고 보는 입장(6개 논문) 순으로 나타났다. 각 유형의 최초 언급 연도는 1991년, 2005년, 2001년이였다(부록 3의 <그림 1>).

구체적인 서술 내용을 살펴보면, 건강권을 사회권으로 간주하는 입장의 예로는 “보건권은 자유권적 측면이 존재하지만 이를 배제한 국가의 적극적 활동을 요청하는 순수한 사회적 기본권으로 이해해야 함”(문헌 154_4), “건강권은 단순히 국민의 자유권이 아니며 국가의 적극적 관여에 의해 달성되는 생존권적 기본권임”(문헌 259) 등이 있었다. 건강권이 자유권과 사회권 측면을 모두 갖는다고 보는 입장의 예로는 “헌법에서 보장하는 국민의 건강권은 소극적 기본권인 자유권적 기본권과 적극적 기본권인 사회권적 기본권의 성격을 가짐”(문헌 098), “건강권은 소극적인 자유권적 기본권, 사회권적 기본권, 생존권적 기본권의 성격을 동시에 지님”(문헌 227) 등이 있었다. 건강권이 두 가지 측면을 동시에 갖지만 사회권 성격이 강하다고 보는 입장의 예로는 “보건권은 자유권적 성격을 갖지만 사회적 기본권의 성격을 보다 강하게 담지하고 있고…”(문헌 335), “보건권은 공권력에 의한 건강침해에 대해 그 배제를 요구할 수 있다는 점에서 자유권적 성격과 자신과 가족의 건강에 대해 국가의 적극적 배려를 청구할 수 있다는 점에서 사회권적 성격을 모두 갖고 있으나 기본적으로 국가에 자신의 생명과 건강을 유지하도록 적극적으로 무엇인가를 요구하는 권리라는 점에서 그 주된 법적 성격은 사회권적 기본권으로 보는 것이 타당함”(문헌 360) 등이 있었다.

전술한 결과를 실제 건강권 해석과 비교해보면, 우선 ‘건강 침해 금지 + 급부와 배려’, ‘급부와 배려’, ‘자유와 요구자격’ 범주처럼 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 성격 규정과 상응하는 건강권 해석도 있지만 ‘건강 혹은 삶’, ‘건강 관념’, ‘내용 + 주체’, ‘광의+협의’, ‘타 인권과의 관계’, ‘건강할 권리(right to be healthy) 아님’ 범주와 같이 상응하지 않는 건

강권 해석도 존재한다. 또한 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 성격 규정과 상응하지 않는 범주를 제외하더라도 개별 논문의 실제 건강권 해석은 ‘배려와 급부 요구’나 ‘보건의료를 받을 권리’와 같은 사회권적 해석으로만 구성되기보다 ‘배려와 급부 요구, 주체와 권력’ 혹은 ‘자유 + 요구 자격, 차별금지 + 건강한 삶의 필요 요소’와 같이 자유권과 사회권적 해석이 동시에 존재하는 경우가 많았다. 따라서 건강권 개념에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 성격 규정, 특히 건강권은 사회권이라는 성격 규정은 실제 건강권 개념을 제대로 반영하지 못하고 있다고 볼 수 있다. 또한 이러한 성격 규정에 대한 학술 논문의 관심은 건강권 해석에 비해 낮았다. 상대적으로 높은 관심을 보인 법학 분야 저자들의 2/3도 건강권이 사회권 성격이 강하거나 사회권으로 간주된다는 입장을 나타냈다(부록 3의 <표 29>). 따라서 건강권 개념 발전을 위해서는 실제 건강권 해석에서 나타난 많은 내용처럼 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 성격 규정을 벗어나서 자유로운 상상력을 펼칠 필요가 있다.

② ‘2013 건강권 서울시민회의’의 건강권 해석

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 시민패널이 작성한 분석 자료 40개 중 건강권에 대한 해석을 언급한 분석 자료는 9개(22.5%)였고 1990년-2014년 건강권 논문(30.8%)에 비하면 낮은 비중이다. 일반시민의 건강권 해석은 숙고 과정이 어느 정도 진행되고 선언문의 형식이 어느 정도 갖추어진 단계인 본회의 1-2일째의 개인 선언문, 조별선언문, 최종선언문에서 언급되었다.

일반시민이 언급한 건강권 해석 역시 다양한 범주로 나타났는데, ‘건강 관념’ 범주(4개 분석 자료), ‘건강 혹은 삶’ 범주(3개 분석 자료), ‘급부와 배려’ 범주(2개 분석 자료), ‘주체와 권력’ 범주(2개 분석 자료)와 같이 건강권 논문에서 나타난 범주도 있었지만 건강권 논문에서 나타나지 않은 ‘가족 유지’, ‘건강 조건의 불평등 최소화’, ‘자존감’, ‘질병으로부터 자유’와 같은 새로운 범주(이상, 각1개 분석 자료)도 나타났다. 하지만 건강권

논문에서 나타난 범주를 일반시민이 언급했더라도 그 구체적 내용에는 다소 차이가 있다. 구체적으로는, ‘건강 관념’ 범주에서의 ‘신체적·정신적·사회관계적 건강’과 ‘마음건강’이란 내용, ‘건강 혹은 삶’ 범주에서의 ‘스스로 삶을 영위할 권리’와 ‘존엄한 삶을 누릴 권리’란 내용, ‘주체와 권력’ 범주에서의 ‘몸과 마음을 스스로 지배할 수 있는 자유’란 내용은 일반시민의 해석에서만 나타났다. 지난 25년간의 건강권 논문에서 언급된 건강권 해석이 일반시민의 건강권 해석에 비해 절대적으로 많기 때문에 전자에는 나타났지만 후자에 나타나지 않은 범주가 많았다.

일반시민이 작성한 개별 분석 자료의 건강권 해석은 다음 <표 34>와 같이 절반 가까이 복수의 범주로 구성되었다. 여기에서 알 수 있듯이 일반시민의 건강권 해석은 건강 조건, 생존권 보장, 건강 관련 교육과 정보와 같은 건강 달성의 수단보다는 삶의 영위, 자신의 몸과 마음에 대한 지배, 자기결정, 자존감, 마음건강과 같은 건강권 보유자의 삶과 임파워먼트 측면에서 건강권을 해석하는 경향이 크다고 할 수 있다. 이것은 일반시민이 다른 건강권 요소에 비해 건강권 보유자에 대한 관심이 월등히 높았던 점, 그리고 건강권 논문에 비해서도 건강권 보유자의 언급 비율이 훨씬 높았던 점과 연결된다. 일반시민의 건강권 해석은 건강권 논문에서 ‘건강 침해 금지와 급부·배려’ 범주, ‘급부와 배려’ 범주가 건강권 해석의 거의 2/3을 차지하는 것과도 대비된다.

표 34. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 건강권 해석

범주의 구성		건강권 해석의 구체적 내용
① 가족 유지		가족을 유지할 수 있는 권리
① 주체와 권력		몸과 마음을 스스로 지배할 수 있는 자유에 관한 권리
① 건강 혹은 삶		질병에서 자유로우며 건강한 삶을 영위할 권리
② 질병으로부터 자유		
① 건강 관념	불평등 최소화	개인의 사회적·정치적·경제적 환경과 지위에 따라 건강(신체적·정신적·사회관계적 건강을 아우름) 조건이 달라지는 것을 최소화하려는 노력
② 건강 조건의 최소화		
① 건강 관념		국가와 정부는 건강(기본적인 사회적 권리)을 시민들의 생존권의 하나로 보장해야 함
② 급부와 배려		
① 자존감		핵심요소는 국민이 자존감을 갖도록 정부가 건강 관련 교육과 정보 제공해야 함
① 건강 관념		핵심 요소는 마음건강
① 건강 혹은 삶		스스로 삶을 영위할 수 있는 권리
① 건강 관념		건강(신체적·정신적·사회관계적 건강을 아우름)을 보장하는 건강권은 스스로 존엄한 삶을 누릴 권리임, 건강권을 보장받는 것은 생존기반이 갖춰진 상황에서 최선의 것을 선택하고 결정하는 것을 의미함*
② 건강 혹은 삶		
③ 급부와 배려		
④ 주체와 결정		

*최종 선언문에 담긴 건강권에 대한 해석 내용임

건강권에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 성격 규정은 일반 시민에게서는 나타나지 않았다. 그럼에도 건강권을 ‘자유’에 관한 권리라고 언급한 분석 자료는 있었다.

③ 건강권 해석에 대한 소결

건강권 해석은 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용 양쪽에서 나타났다. 일반시민(22.5%)에 비해 학술 논문(30.8%)에서 상대적으로 약간 더 많이 나타났다. 지난 25년간 건강권 해석을 언급한 학술 논문은 2000년대 들어 증가 추세를 보였다. 일반시민의 경우 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 숙의 과정이 어느 정도 진행된 이후 건강권 해석을 언급하였

다. 전술한 결과를 통해 건강권 해석이 건강권의 필수적 내용임을 확인하였다.

국내 학술 논문과 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 언급된 건강권 해석은 단일 차원이나 복수 차원으로 구성된 범주 측면과 단일 범주나 복수 범주로 구성된 논문과 분석 자료 측면으로 이해할 수 있다. 개별 ‘범주’ 측면에서 국내 학술 논문이 많이 언급한 건강권 해석은 ‘건강 침해 금지 + 급부와 배려’ 범주였고 개별 논문 측면에서도 그러했다. 이 해석은 1995년 헌법재판소의 판례에 근거한다. 개별 범주 측면에서 일반시민이 많이 언급한 건강권 해석은 ‘건강 관념’ 범주였고 개별 분석 자료 측면에서는 중복 없이 모두 다른 해석이 나타났다. 전체적으로 일반시민의 건강권 해석은 건강 달성의 수단보다는 삶의 영위, 자신의 몸과 마음에 대한 지배, 자기결정, 자존감과 같은 건강권 보유자의 삶과 임파워먼트 측면에서 사고하는 경향이 크다고 할 수 있다.

2/3 이상의 건강권 논문과 절반에 가까운 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 분석 자료는 여러 차원이나 여러 범주로 구성된 건강권 해석을 언급하였다. 특정 내용이나 관점을 강조하기 위해 건강권 해석이 모든 차원이나 범주를 포괄할 필요는 없다. 그럼에도 실제 건강권 해석을 살펴보면 건강권을 단일 차원에서 해석하는 것은 적절한 의미를 담아내기 어렵다고 할 수 있다. ‘건강할 권리(right to be healthy) 아님’과 같이 보조적인 해석이 있을 수 있고 ‘타 인권과의 관계’ 혹은 ‘~보다 광의’와 같이 비교 차원의 해석도 있을 수 있다. 이러한 측면에서 국내 학술 논문과 일반시민에게서 나타난 건강권 해석의 범주를 종합하여 이해할 필요가 있다. 전체적으로 한국 사회에서 나타난 건강권 해석은 향유 대상, 의무 내역, 관계, 구성주의 관점, 기타 내용을 포함한다. 이 중에서 언급 내용이나 빈도가 월등히 많은 ‘향유 대상’이란 삶과 건강, 건강 수단, 주체와 권력, 과정과 같이 건강권으로서 누려야 하는 대상을 말한다. 전술한 분류에 따라 한국 사회에서 나타난 건강권 해석의 범주를 종합하여 나열하면 다음과 같다.

■ 향유 대상

- 삶과 건강: 가족 유지, 건강 혹은 삶, 건강 그 자체, 건강 침해 금지, 건강 유지, 건강권의 ‘도달 가능한’의 의미, 건강할 권리⁶⁰⁾, 건강할 권리(right to be healthy) 아님, 질병으로부터의 자유, 건강 관념
- 건강 수단: 건강 보호, 급부와 배려, 요구자격, 보건의료를 받을 권리, 사회 보장제도, 사회자본, 건강한 삶의 필수요소, 건강조건의 불평등 최소화
- 주체와 권력: 주체와 권력, 주체, 주체와 결정, 환자의 권리, 노동자 보호, 임파워먼트, 자존감, 자유
- 과정: 평등 대우, 차별금지, 보건의료과정에서의 권리, 참여할 권리, 의료 정보 알 권리 혹은 보호 받을 권리

■ 의무

국가 및 의료인의 보건의료서비스 제공 의무

■ 관계

타 인권과의 관계, ~보다 광의

■ 구성주의 관점

구성주의

■ 기타 내용

의미 불명확, 내포와 외연, 공동체의 공익, 협의와 광의, 노동자 건강권의 구체적 현장과 사회적 측면

한편, 국내 학술 논문에서는 건강권 해석과 다른 접근방식으로서 건강권에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 성격 규정이 나타났다. 이러한 성격 규정은 건강권 해석과 같은 구체적 내용 언급과 무관하게 ‘자유권’이나 ‘사회권’이란 용어를 언급함으로써 건강권 성격을 주장한다. 물론 성격 규정과 건강권 해석이 혼재되어 나타나는 경우도 있다. 국내 학술 논문에서는 건강권을 사회권으로 간주하는 입장이 월등히 많이 나타났고

60) 영문으로 right to health인지 right to be healthy인지 명확하지 않다.

건강권이 자유권과 사회권 측면을 동시에 갖는다고 보는 입장, 건강권은 사회권 성격이 보다 강하다고 보는 입장 순으로 나타났다.

전술한 건강권에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 성격 규정은 전체적으로 국내 학술 논문의 실제 건강권 해석과 상응하지 못하고 있다고 볼 수 있다. 왜냐하면 건강권 해석 가운데 ‘건강 혹은 삶’, ‘건강 관념’, ‘타 인권과의 관계’, ‘건강할 권리(right to be healthy) 아님’ 범주와 같이 자유권 혹은 사회권이라는 성격 규정과 부합하지 않는 범주가 상당수 존재했기 때문이다. 또한 그러한 범주를 제외하더라도 개별 논문의 실제 건강권 해석은 ‘배려와 급부 요구’와 같이 사회권적 성격으로만 구성되기 보다 ‘배려와 급부 요구, 주체와 권력’와 같이 자유권과 사회권적 성격이 동시에 존재하는 경우가 더 많았기 때문이다.

국내 학술 논문에서 건강권에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 성격 규정은 건강권 해석에 대한 관심의 절반 정도로 낮았다. 그나마 상대적으로 높은 관심을 보인 법학 분야 저자들의 다수는 건강권을 사회권 성격이 강하다거나 사회권으로 간주하는 입장을 보였다. 2005년 이후 건강권은 자유권과 사회권적 성격을 모두 갖는다는 입장이 꾸준히 나타나고 있는 상황을 고려하면 법학 혹은 다른 분야에서 건강권의 법적·개념적 성격을 논의할 때 이러한 입장을 적극적으로 반영할 필요가 있다. 하지만 이러한 성격 규정이 불가피한 경우를 제외하면 건강권 개념에 대한 보다 자유로운 상상력을 위해 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 틀 자체를 벗어나 다양한 범주와 차원으로 구성해나갈 필요가 있다.

국내 학술 논문에서 건강권 해석과 관련한 국문 번역 문제가 나타났다. 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 ‘right to be healthy’란 영문 용어는 ‘건강할 권리’ 혹은 ‘건강할 수 있는 권리’ 혹은 ‘건강해야 할 권리’ 혹은 ‘건강해질 권리’로 다양하게 번역되었다. 또한 동일 문서의 ‘entitlement’란 영문 용어도 ‘권리’ 혹은 ‘권리부여’ 혹은 ‘권한’으로 다양하게 번역되었다. 개념적 고찰을 통해 다양한 국문 번역이 가능할 수는 있겠지만 학술 소통의 공통 기반을 위해 영문 병기나 개념 설명을 제시할 필요가 있다.

한편, 국내 학술 논문에서 나타난 건강권 해석을 통해 ‘건강권 요소’와 ‘건강권과 타 인권 사이의 관계’가 상호배타적이지 않고 중복될 수 있음을 확인하였다. 학술 논문에서 건강권 해석으로 ‘타 인권과의 관계’ 범주가 나타났고 ‘협의를 광의’ 범주의 내용으로 타 인권이 제시된 경우가 나타났다. 전자의 예로는 건강권이 직업중사의 자유보다 더 기본적인 자유라는 해석이 있고 후자의 예로는 협의 차원의 ‘차별 없이 최선의 진료 제공 받음’과 광의 차원의 ‘행복추구권과 환경권’이 제시된 건강권 해석이 있다. 건강권과 타 인권 사이의 개념적 관계(존중)뿐만 아니라 기능적 관계(영향)와 규범적 관계(건강권 우선)도 건강권 해석의 구체적 내용이 될 수 있다는 것이 확인되었다.

건강권 요소 간 연관성의 경우 국내 학술 논문의 건강권에 대한 해석은 건강 개념으로부터 영향을 받는 것이 확인되었다. 하지만 다른 건강권 요소와의 연관성(주로 건강권 해석이 이들에게 영향을 주는 것으로 짐작됨)은 건강권 해석에서 언급되지 않았다. 반면 텍스트 분량이 적어서 개별 분석 자료의 맥락을 검토하기가 쉬운 일반시민의 건강권 해석에서는 건강 개념, 건강권 보유자, 건강권 의무담지자, 세부권리, 작동방식, AAAQ와의 연관성을 확인할 수 있었다. 학술 논문에 비해 일반시민에게서 더 많은 연관성이 나타난 것은 부재했던 건강권 근거의 역할을 건강권 해석이 대신했기 때문으로 짐작할 수 있다.

국제법상 건강권 개념 측면에서 2000년 유엔 사회권위원회 일반논평 14호는 건강권 해석으로 건강할 권리(right to be healthy) 아님, 자유와 요구자격, 시설·재화·서비스·조건을 향유할 권리, 보건의료뿐만 아닌 기초적 건강 결정요인으로 확장, 모든 의사결정의 인구집단 참여를 제시하고 있다(<표 5>). 이들 건강권 해석은 ‘건강할 권리(right to be healthy) 아님’, ‘자유와 요구자격’, ‘급부와 배려’, ‘참여할 권리’ 범주에 해당한다. 하지만 ‘급부와 배려’ 범주를 제외하면 국내 학술 논문에서의 언급 빈도는 낮다. 뿐만 아니라 ‘급부와 배려’ 범주에서도 일반논평 14호에 적시된 ‘시설·재화·서비스·조건을 향유할 권리’, ‘보건의료뿐만 아닌 기초적 건강 결정요인으로 확장’이란 내용의 언급 빈도는 낮다. 일반논평 14호에 언

급된 건강권 해석을 모두 언급한 국내 학술 논문은 존재하지도 않았다. 반면 1995년 대한민국 헌법재판소 판례에 근거한 ‘건강 침해 금지 + 급부와 배려 요구’가 국내 학술 논문에서 가장 많이 나타났다. 이뿐만 아니라 대한민국 헌법재판소 판례에 근거한 건강권 해석을 언급한 논문이 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호의 건강권 해석을 함께 언급한 경우는 드물었다. 그리고 둘 다에 해당하지 않는 건강권 해석만 언급한 논문도 상당수 존재하였다. 따라서 국내 학술 논문의 건강권 해석은 국제법상 건강권 개념이 많이 반영되지 않았다. 오히려 국내 헌법재판소 판례에 근거한 건강권 해석이 다수였고 둘 다에 해당하지 않는 건강권 해석도 상당수 존재하였다. 또한 이들 세 가지 해석은 상호 영향 없이 분리된 채로 공존하는 것으로 나타났다.

유엔 사회권위원회의 일반논평 14호와 1995년 대한민국 헌법재판소 판례의 건강권 해석과 무관하게 나타난 건강권 해석은 삶과 건강, 주체와 권력, 과정 측면에서 더욱 다양한 건강권 해석을 언급하고 있고 의무, 관계, 구성주의 관점, 기타 내용 측면의 건강권 해석도 언급하였다. 또한 일반시민은 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호와 1995년 대한민국 헌법재판소 판례의 건강권 해석에 대한 정보가 부재했기 때문에 한층 더 자유로운 해석을 펼쳐 보였는데, 건강 수단에 비해 건강권 보유자의 삶과 임파워먼트 측면에서 건강권을 해석하는 경향이 강했다. 따라서 선언적인 건강권 개념이 사회적으로 개척되고 구성되기 위해서는 포괄적인 국제법상의 건강권 해석을 적극적으로 수용하는 데에 머물지 말고 보다 자유로운 학술 논의와 일반시민의 숙의적 참여가 필요하다. 이때 건강권에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 성격 규정의 틀을 벗어날 필요가 있다.

건강권의 존재의의 측면에서 건강권 해석은 건강권 근거와 유사하게 한계를 드러냈다. 왜냐하면 국내 학술 논문에서 나타난 건강권 해석은 사회권규약 제12조와 대한민국 헌법 제36조 3항의 유권해석이 상당한 비중을 차지했기 때문이다. 이들 조항은 인간 존엄을 달성하기 위한 건강이나 보건 영역의 특수 권리로서 유권해석을 제약한다. 물론 사회권규

약 제12조에 대한 유권해석은 건강과 신체를 통제할 권리, 간섭으로부터 자유로울 권리, 모든 의사결정에 인구집단 참여의 중요성을 포함함으로써 대한민국 헌법 제36조 3항의 유권해석에 비해 포괄적이고 인간 존엄과 권력의 재조정을 강조한다고 볼 수 있다. 하지만 전술했듯이, 국내 학술 논문의 다수는 ‘건강 침해 금지 + 급부와 배려 요구’라는 대한민국 헌법 제36조 3항의 유권해석이 차지하고 있어서 건강권 존재의의가 제대로 강조되고 있다고 보기 어렵다.

그럼에도 국내 학술 논문의 건강권 해석 중 사회권규약 제12조와 대한민국 헌법 제36조 3항의 유권해석과 무관한 기타 흐름과 일반시민의 건강권 해석을 주목할 필요가 있다. 국내 학술 논문의 기타 흐름에서는 삶, 주체와 권력, 평등과 차별금지와 같은 향유 대상, 의무, 관계 등이 언급됨으로써 인간 존엄, 권력의 재조정, 의무 기제가 보다 강조되고 있다. 또한 일반시민의 건강권 해석 역시 건강 수단 보다 삶의 영위, 몸과 마음에 대한 지배, 자기결정, 자존감을 포함하고 건강 수단과 관련해서도 건강조건의 불평등 최소화를 포함함으로써 인간 존엄, 권력의 재조정을 보다 강조하고 있다. 따라서 건강권의 핵심적 존재의의가 건강권 해석에 잘 반영되기 위해서는 국제법과 국내법의 건강권 조항에 대한 유권해석의 진전과 필요 시 기존 조항의 개정이 필요하고 이에 더해 법적 틀을 벗어난 보다 자유로운 학술 논의와 일반시민의 숙의적 참여가 요구된다.

건강권 해석을 전체적으로 평가하면, 건강권 요소로서 유의성은 확인되었지만 국제법상 건강권 개념과 건강권의 핵심적 존재의의가 잘 반영되었다고 보기 어렵다. 국제법상 건강권 개념 측면에서 국내 학술 논문은 사회권 규약 제12조의 유권해석 보다 대한민국 헌법 제36조 3항의 유권해석을 더 많이 언급했고 이 둘과 무관한 건강권 해석의 흐름도 존재하였다. 세 흐름의 건강권 해석, 즉 국제법적 해석, 국내법적 해석, 기타 해석은 거의 소통 없이 분리되어 공존하는 것으로 나타났다. 또한 국제법상 건강권 해석은 일반시민에게서 나타나지 않았다. 한편 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서도 국내 학술 논문은 ‘건강 침해 금지 + 급부와 배려 요구’(대한민국 헌법 제36조 3항의 유권해석)를 가장 많이 언급해

건강권 존재의의가 잘 반영되지 못하고 있다. 그나마 국제법상 건강권 해석이나 기타 흐름의 해석은 인간 존엄, 권력의 재조정을 보다 잘 드러내고 있지만 수적으로 열세이다. 또한 일반시민은 건강 수단 보다 건강권 보유자의 삶과 임파워먼트, 건강조건의 불평등 최소화를 강조함으로써 인간 존엄, 권력의 재조정을 한층 더 반영하고 있지만 숙의될 기회가 ‘2013 건강권 서울시민회의’뿐이었다.

인권의 도구적 가치를 강조하는 법적 권리의 유권해석은 해당 조항에 의해 제약을 받기 때문에 건강권 해석의 발전을 위해서는 법적 권리를 벗어나는 관점이 필요하다. 다시 말해 건강이나 보건 영역으로 한정될 수밖에 없는 법체계 속의 법적 권리를 넘어서서 인간 존엄 측면에서 다양한 차원과 범주를 적극적으로 논의할 필요가 있다. 이때 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 틀도 넘어서야 한다. 건강권을 임파워먼트 측면에서 프레이밍하면 자유권 혹은 사회권이라는 이분법을 넘어설 수 있다는 Yamin(1996)의 주장을 유념할 필요가 있다. 동일한 맥락에서 건강권 해석의 범주 중 ‘주체와 권력’에 대한 주목이 필요하다. 무엇보다 건강권 보유자의 삶과 임파워먼트를 강조하는 일반시민의 숙의적 참여가 적극적으로 필요하다. 물론 기존의 유권해석을 진전시키고 필요하면 기존의 법적 조항을 개정하는 것도 필요하다.

(2) 건강권 세부권리

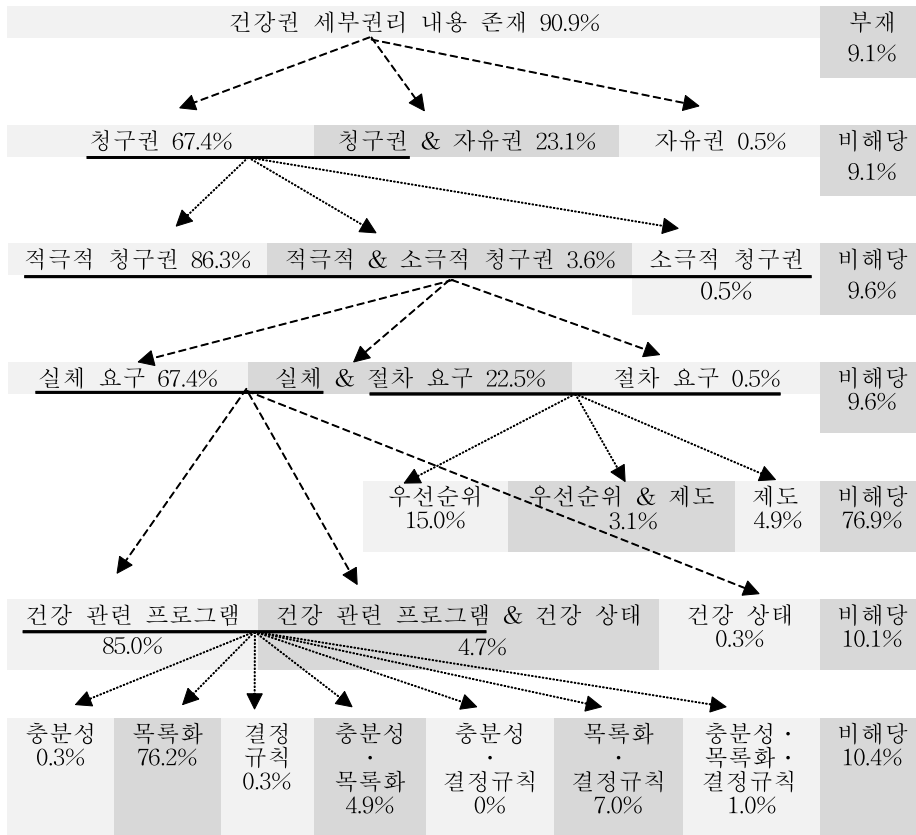
전체 건강권 논문 386개 가운데 건강권의 세부권리 내용이 언급된 논문은 351개(90.9%)였다. 1990년-2014년 전체 건강권 논문의 증가 추세와 유사하게 건강권 세부권리 언급 논문도 증가 추세를 보였다. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 시민패널이 작성한 분석 자료 중 건강권의 세부권리를 언급한 분석 자료는 1차 시민패널 예비모임의 조별 토론 자료 1개를 제외한 39개(97.5%)였다. 학술 논문과 일반시민에게서 나타난 복잡하고 다양한 건강권 세부권리 내용을 Rumbold의 분류 틀과 Nickel의 인권

분류 기준에 따라 각각 분석하였고 마지막으로 건강권의 세부권리로서 논란의 여지가 있는 내용(학술 논문)을 따로 제시하였다.

① 세부권리 - Rumbold 분류 틀에 의한 분석 결과

건강권에 관한 학술 논문의 건강권 세부권리 - Rumbold 분류 틀

우선, 논문에서 언급된 세부권리 내용을 Rumbold의 분류 틀로 분석한 결과, 전체적인 풍경은 다음 <그림 10>과 같다.



*참고: 행 합계는 100%(이는 전체 건강권 논문 386 개를 의미)임

그림 10. Rumbold의 분류 틀에 따른 건강권의 세부권리 내용 현황

Rumbold의 분석 결과와 유사하게 국내의 건강권 논문에서 언급된 건강권의 세부권리 내용도 청구권이 다수였고, 청구권 중에서는 적극적 청구권이 다수였다. 또한 적극적 청구권의 세부권리 중에는 실체 요구가 다수였고, 실체 요구 중에서는 건강 관련 프로그램에 대한 요구가 다수였다.⁶¹⁾ 물론 건강권의 세부권리 내용을 언급한 논문 가운데 극소수가 자유권적인 내용만 담았지만 1/4 정도의 논문은 청구권과 자유권적인 내

61) Rumbold의 분석 틀에서는 청구권을 적극적·소극적 의무로 다루었는지 아니면 존중·보호·충족의 의무로 다루었는지에 대한 검토가 포함되었지만, 이 논문에서는 '건강권의 의무담지자' 절에서 관련 사항을 다루었으므로 여기서는 제외하였다.

용을 동시에 담고 있었다는 점, 건강권의 세부권리 내용으로서 청구권의 내용을 언급한 논문 가운데 극소수가 절차만 요구하는 내용을 담았지만 1/4 정도의 논문은 실체와 절차를 동시에 요구하는 내용을 담고 있었다는 점, 건강 관련 프로그램을 요구하는 내용을 언급한 논문의 거의 대부분은 목록화 방식을 취하고 있었지만 그중에서 일부는 충분성 방식과 결정규칙 방식을 동시에 담고 있었다는 점은 Rumbold 분석 결과에서는 드러나지 않은 특징이다. 한편, 소극적 청구권의 세부권리 내용은 적극적인 청구권의 세부권리 내용과 동시에 언급한 경우를 포함해도 전체 건강권 논문의 4.1%로 낮은 비중을 드러냈다.

보다 상세한 분석 결과를 살펴보기 위해 상기의 그림에서 복합 범주를 개별 범주로 환산하여 다수의 비중을 차지한 범주들을 살펴보고자 한다. 건강권의 세부권리 내용을 언급한 351개 건강권 논문 중에서 2개를 제외한 349개 논문에서 청구권적인 세부권리 내용을 담고 있었다. 이 중에서 2개를 제외한 347개 논문에서 적극적 청구권의 세부권리 내용을 담고 있었다. 또한 청구권적 세부권리 내용을 언급한 349개 건강권 논문 중에서 2개를 제외한 347개 논문에서 실체를 요구하는 내용을 담고 있었다. 이 중에서 1개를 제외한 346개 논문에서 건강 관련 프로그램을 요구하는 내용을 담고 있었으며, 이 중에서 2개를 제외한 344개 논문에서 목록화 방식의 요구를 담고 있었다. 결국 건강권의 세부권리 내용을 언급한 논문의 대부분은 적극적 청구권이면서 실체를 요구하고 건강 관련 프로그램을 요구하는 세부권리 내용을 담고 있었다. 그럼에도 그러한 논문들의 일정 정도는 자유권적인 세부권리 내용이나 절차를 요구하는 세부권리 내용을 동시에 언급한 점은 유념할 만하다.

건강권의 세부권리 내용을 언급한 351개 건강권 논문 중에서 91개 논문이 자유권적인 세부권리 내용을 담고 있었다. 여기서 자유권적인 내용만 담은 논문은 2개에 불과했고 나머지 89개 논문은 청구권적인 내용을 동시에 담거나 자유권적인 성격과 청구권적인 성격을 동시에 지니는 세부권리 내용을 담았다. 그럼에도 건강권을 청구권으로만 간주하는 사회적 통념에 비추어 눈여겨볼만한 현상이다. 건강권의 자유권적인 세부권

리 내용은 정보, 시민·사회·노동운동, 알권리, 선택권, 자기결정권, 자율성, 주체성, 사생활의 비밀과 자유 등과 관련되었고 정보와 시민·사회·노동운동이 상위를 차지하였다. 보다 구체적으로는 GMO 정보 공개 통한 투명성 보장, 약사와 의사의 피임약 관련 충분한 내용 제공, 유해식품추방운동, 의료민영화 저지 위한 전국적·대중적 투쟁, 지역 내 보건복지 관련 의정감시활동, 노동통제권 위한 운동, 장시간 노동과 심야 노동 개선 위한 법제도 개선과 투쟁, 보건의료의 알권리와 선택결정권, 낙태권(자기결정, 정보와 시술수단 접근), 치료과정에서의 자기결정권과 사전 동의, 청소년 성주체성 인정과 성 관련 주체적 판단·결정 능력 양성, 진료상의 비밀을 보장받을 권리 등의 내용이 존재하였다. 물론 이들 대부분은 청구권적인 성격을 동시에 지니기도 한다.

건강권의 청구권적인 세부권리 내용을 담았던 349개 건강권 논문 중에서 16개 논문만이 소극적 청구권의 세부권리 내용을 담고 있었다. 여기서 소극적 청구권의 세부권리 내용만 담은 논문은 2개에 불과했고 나머지 14개 논문은 적극적인 청구권의 세부권리 내용을 동시에 담고 있었다. 소극적 청구권의 세부권리 내용을 범주화해보면 국가의 건강 혹은 건강권 침해 금지(8개 논문), 사생활의 비밀과 자유 보호(5개 논문), 기타로 나눌 수 있다. 대부분은 국가나 보건의료인에 대한 소극적 청구권이었으며 그중에서도 전자가 많았다. 국가의 건강 혹은 건강권 침해를 요구한 논문 중에서 절반은 그 내용을 원론적으로 언급했고 나머지 절반은 국가의 부당한 강제의학실험·예방접종·불임시술, 서울시 시립동부병원 민간위탁 방침, 정부의 의료법인의 영리 자회사 정책, 한미 FTA 체결을 금지하거나 철회하기를 요구하는 내용을 구체적으로 언급했다. 사생활의 비밀과 자유를 요구한 논문 중에서도 2개 논문은 그 내용을 원론적으로 언급했고 나머지 3개 논문은 의료행위 과정이나 진료상의 비밀 보장 받을 권리, 응급피임약 약국 판매 시 여성 개인 프라이버시 존중을 요구하는 내용을 구체적으로 언급했다. 기타 내용에는 정부의 북한이주민 건강권에 대한 정치적 이용 금지, 국가 혹은 사인에 의한 생명침해금지, 노바티스의 한국 주권 침해 금지가 존재했다.

건강권의 청구권적인 세부권리 내용을 담았던 349개 건강권 논문 중에서 89개 논문이 절차를 요구하는 세부권리 내용을 담고 있었다. 여기서 2개 논문이 절차를 요구하는 세부권리 내용만을 담고 있었고 나머지 87개 논문은 절차와 동시에 실체도 요구하는 세부권리 내용을 담고 있었다. 절차를 요구하는 논문이 극소수가 아니라는 점은 눈여겨볼 만하다. 건강권의 세부권리 내용 중 절차 요구 내용을 살펴보면, Rumbold의 분류 틀에 따라 우선순위 방식과 제도적 방식으로 나눌 수 있고 각각 70개 논문과 31개 논문이 그러한 내용을 담고 있었다. 이 중에서 12개 논문은 우선순위 방식과 제도적 방식을 동시에 언급하고 있었다. 절차 요구의 내용을 체계적으로 살펴보기 위해 우선순위 방식과 제도적 방식이라는 이분법으로 나누어 살펴보고자 한다.

먼저 70개 논문에서 건강권 세부권리 내용으로서 절차 요구 중 우선순위 방식을 언급한 내용을 살펴보면, Rumbold의 분석 결과에서 나타난 사회적 우선순위(타 분야 vs 건강 분야) 방식과 국지적 우선순위(타인 vs 자기 자신) 방식은 각각 1개 논문과 54개 논문에서 나타났다. 또한 Rumbold의 분석결과에는 나타나지 않았지만 공사(公私) 우선순위(공공 vs 민간), 인권적 우선순위(건강권 vs 타 인권), 질환별 우선순위(질환 간), 예방과 치료의 우선순위(예방 vs 치료) 방식이 각각 19개, 1개, 1개, 1개 논문에서 나타났다. 즉, 국내 건강권 논문에서 건강권의 세부권리 내용 중 절차 요구의 우선순위 방식은 주로 인구집단 관련 우선순위와 공공과 민간 간 우선순위에 대한 내용이었다. 보다 구체적으로는 보건의료 분야에서의 평등과 비차별 요구와 취약계층에 대한 우선성 요구, 공공성 요구가 높은 비중을 차지한 것으로 나타났다(부록 3의 <표 30>).

또한 31개 논문에서 건강권 세부권리 내용으로서 절차 요구 중 제도적 방식을 언급한 내용을 살펴보면, 2개 논문에서 Rumbold의 분석 결과에서 나타난 인권 심사 제도가 나타났고 나머지 논문에서는 참여 제도(13개), 합의제도(9개), 의견 반영 제도(5개), 주체적 모형(3개)이 나타났다.⁶²⁾ 구체적으로는, 보건의료의 다양한 분야에서 참여나 합의, 다양한

62) 한 개 논문에서는 합의제도와 의견 반영 제도가 동시에 나타났다.

인구집단의 참여, 의견 반영, 주체적 모형, 그리고 환경 분야에서 인권 심사를 요구하는 것으로 나타났다(부록 3의 <표 31>).

건강권의 청구권적인 세부권리 내용을 담았던 349개 건강권 논문 중에서 2개를 제외한 347개 논문이 실체를 요구하는 내용을 담았고 이 중에서 19개 논문이 건강 상태를 요구하는 내용을 담고 있었다. 건강 상태를 요구한 논문 중 1개 논문을 제외한 18개 논문은 건강 관련 프로그램을 요구하는 세부권리 내용도 함께 담고 있었다. 건강 상태 요구의 구체적인 내용으로는 건강, 안녕(well-being), 건강불평등 감소, 권리, 사망, 생명, 온전성, 편안한 죽음, 질환 감소에 대한 요구로 나타났고 건강 요구와 안녕 요구의 비중이 높았다(부록 3의 <표 32>).

건강권의 청구권적인 세부권리 내용으로서 실체 요구를 담은 347개 논문 중에서 1개를 제외한 346개 논문이 건강 관련 프로그램을 요구하는 내용을 담고 있었다. 이 중에서 18개 논문은 건강 상태에 대한 요구도 함께 담고 있었다. 언급된 건강 관련 프로그램을 개별 종류 측면에서 살펴보면 보건의료, 노동, 사회복지, 환경, 인권, 식품 등의 순으로 많이 나타났고 보건의료는 월등히 많이 나타났다(부록 3의 <표 33>). 개별 논문 측면에서 살펴보면 보건의료(211개 논문)가 월등히 많이 나타났고 이어서 노동·보건의료(16개 논문), 노동(15개 논문), 보건의료·사회복지(13개 논문), 환경(9개 논문), 국제협정, 사회복지, 식품(이상, 각 7개 논문), 보건의료·인권(6개 논문) 등의 순으로 나타났다. 개별 논문에서는 교육·보건의료·사회복지(1개 논문), 노동·보건의료·생명과학기술·환경(1개 논문)과 같이 서너 가지 종류가 동시에 나타난 논문도 있었다.

Rumbold의 분류 틀에 의하면 건강 관련 프로그램의 해당 종류 내에서 그 한도(range)는 충분성 차원과 보장 조건의 정교화 차원으로 나뉘고 후자는 다시 항목 목록화 방식과 결정규칙 제시 방식으로 나뉜다. 건강 관련 프로그램을 언급한 346개 건강권 논문 가운데 20개 논문이 충분성 차원의 한도를 언급했고 345개 논문이 보장 조건의 정교화 차원의 한도를 언급했다. 후자에서는 344개 논문이 목록화 방식을 언급했고 35개 논문이 결정규칙 방식을 언급했다. 개별 논문 측면에서 한도의 충분성 차

원과 보장 조건 정교화 차원이 동시에 언급되기도 했고, 보장 조건 정교화 차원 내에서도 목록화 방식과 결정규칙 방식이 동시에 언급되기도 하였다. 개별 논문 측면에서 목록화만 언급한 논문(295개)이 월등히 많았고 목록화·결정규칙을 언급한 논문(30개), 충분성·목록화를 언급한 논문(15개), 충분성·목록화·결정규칙을 언급한 논문(4개) 등의 순으로 나타났다.

한편, 개별 논문 측면의 언급 현황이 아닌 충분성 차원, 목록화 방식, 결정규칙 제시 방식의 각 상세 내용을 살펴볼 필요가 있다. 우선 건강 관련 프로그램의 충분성 차원을 언급한 건강권 논문(20개)을 살펴보면, ‘최소’, ‘필수’, ‘적정’, ‘충분’, ‘최선’, ‘최상’, ‘양질’, ‘우수’, ‘보장 수준 80%’ 등과 같이 절대적인 충분성 기준이나 ‘확대’, ‘~보다 높게’와 같은 상대적인 충분성 기준, ‘인간으로서 건강유지 가능한’과 같은 보다 구체적인 충분성 기준을 언급하였다(부록 3의 <표 34>). Rumbold의 분류 틀에서는 ‘최소주의와 그 반대 입장’이 언급되었지만 국내 논문에서는 ‘최소’ 기준뿐만 아니라 보다 다양한 충분성 기준이 언급되었다. 대부분의 기준들은 개념 정의나 설명, 정당화 논거 등이 제시되지 않아 한계였다.

다음으로 건강 관련 프로그램의 보장 조건 정교화 차원으로서 목록화 방식을 언급한 건강권 논문(344개)을 살펴보고자 한다.⁶³⁾ 건강 관련 프

63) 여기서 344개 건강권 논문이 언급한 건강 관련 프로그램의 목록들이 방대하고 그 차원과 수준이 다양하다는 점을 지적할 필요가 있다. 개별 논문에서 요구한 건강 관련 프로그램의 목록은 ‘국내 치과의료기관의 감염 문제 해결’이나 ‘강정노동의 산업재해 인정’, 혹은 ‘무과실보상 원칙의 합리적 피해구제제도 요청’과 같은 단일 항목의 목록이 존재한 논문들도 있었지만 ‘기술화된 임신·출산 과정의 의료보험 적용, 양육과정의 사회적 보상체계 마련, 난임여성 건강권 침해 최소화하는 의료처치법 시행과 연구, 아이 없거나 입양한 가족의 사회문화적 차별·낙인 관련 대응’이나 ‘노동의 질 개선, 관리체계 마련, 산업보건상 조치, 노동자성 인식’, 혹은 ‘국가의 직접적 의료서비스(예방의료 포함) 제공, 비영리 의료기관 재정적 지원, 민간 의료기관 적절한 규제’와 같은 복수 항목의 목록이 존재한 논문들도 있었다. 또한 전술한 항목들은 의료기관, 의료보험, 의료서비스, 예방의료, 피해구제제도, 산업보건, 양육, 차별, 낙인, 노동의 질, 강정노동과 같이 다양한 대상을 언급하고 있을 뿐만 아니라 접근권, 지원, 법률, 제도, 관리, 규제, 규범, 접근방법, 연구와 같이 다양한 청구형태를 언급하고 있었다. 따라서 344개의 건강권 논문에서 요구된 건강 관련 프로그램의 구체적인 항목들을 모두 제시하는 것은 불가능할뿐더러 그것들의 전체 그림을 이해하는 데에도 부적절하기 때문에 요구된 항목의 ‘대상’과 ‘청구형태’를 범주화하여 제시할 필요가 있다.

하지만 344개 논문에서 요구된 내용들이 워낙 방대하여 전술한 항목의 범주화 과정에 한계가 존재한다는 점을 지적할 필요가 있다. 왜냐하면 344개 논문에서 요구된 전체 내용이 방대하여

로그래의 목록이 방대하고 다양하므로 건강 관련 프로그램 ‘항목’을 각각 ‘대상’과 ‘청구형태’으로 나누어 제시할 필요가 있다.⁶⁴⁾ 왜냐하면 “민간 보건의료영역 규제의 정교화”와 같이 대부분의 항목은 ‘어떤 대상’(민간의료)을 ‘어떤 청구형태’(규제)으로 요구하고 있기 때문이다. 분석 결과, 건강 관련 프로그램 항목의 ‘대상’으로는 건강 관련 프로그램의 종류(보건의료, 노동, 사회복지, 환경, 인권, 식품, 국제협정, 생명과학기술, 건강 결정요인, 교육, 규범, 체육, 문화, 안전, 언론, 건강불평등, 주거)가 보다 구체적이고 다양하게 나타났다(부록 3의 <표 35>).⁶⁵⁾ 전체적으로 다

데이터 분석 과정에서 연구자가 유념해야 할 범주화 기준이나 고려 사항이 많았을 뿐만 아니라, 개별 논문 사이에 요구 내용의 분량 차이가 커서 개별 논문의 비중을 비슷하게 고려하고 분석의 효율성을 위해 그 분량을 일정량 이내로 제한할 필요가 있었기 때문이다. 후자의 경우 분량이 많은 논문에서 언급된 다수 항목을 몇 가지 항목으로 요약하는 과정이 필요했는데, 일례로 건강 관련 프로그램 목록으로 ‘규범’, ‘삶의 환경’, ‘보건의료’, ‘급식’이라고 요약한 논문에서 ‘보건의료’ 항목은 ‘건강관리체계, 의료 이용·접근, 공공의료의 공공성 확보, 의료기관에서의 차별금지과 감독 강화, 공식적인 의료지원체계로 편입 등’을 요약한 것이었다. 이로 인해 다른 논문에서는 ‘의료 이용’, ‘의료 접근’이 건강 관련 프로그램의 항목으로 분석에 포함되었지만 예시 논문에서는 ‘보건의료’로 포괄됨으로써 ‘의료 이용’, ‘의료 접근’은 분석에서 제외되는 차이가 발생하였다. 이에 더해 어떤 논문에서는 “보건의료는 주민 건강권과 직접 관련”이나 “보건과 복지에 투자”와 같은 항목처럼 건강 관련 프로그램의 종류인 ‘보건의료’나 ‘사회복지’ 등과 동일한 수준의 내용이 직접 기술되어 있어서 건강 관련 프로그램 항목이 보다 상위 수준인 건강 관련 프로그램의 종류보다 훨씬 구체적일 것이라는 합리적 추론에 어긋난다. 따라서 이후 제시할 분석 결과만 보면 분석 과정의 범주화 과정이 일관되지 않았을 것이라고 의심 받을 수 있다. 물론, 대단히 방대한 내용으로 인해, 그리고 분석 과정이 길어짐으로써 범주화 과정에서 연구자 내부 안정성이 다른 절의 분석과정에 비해 떨어질 수는 있다. 하지만 다른 절의 분석과정처럼 동일하게 심혈을 기울여 도출한 분석 결과이기 때문에 분석 분량이 적은 다른 절의 분석결과들의 엄밀함에는 못 미칠 수 있지만 향후에 보다 엄격한 분석을 통한 연구가 나올 때까지는 참고할만한 잠정적인 분석 결과라고 밝혀두고 싶다.

64) 한편, 분석 결과를 제시하는 방식도 여러 가지가 존재할 수 있는데, 논리적으로는 상기 건강권 세부권리 내용의 실제 요구 중 건강 관련 프로그램 종류에 따라 분석 결과를 묶어서 제시하면 가장 잘 구조화된 풍경지도가 될 수 있을 것이다. 하지만 개별 논문에서 건강 관련 프로그램 ‘종류’가 복수로 나타나기도 했고 서로 다른 논문에서 동일한 건강 관련 프로그램 ‘항목’이 서로 다른 건강 관련 프로그램 ‘종류’에 속하는 경우도 있었으며 건강 관련 프로그램 ‘항목’이 건강 관련 프로그램 ‘종류’와 동일한 경우도 있었기 때문에 전술한 분석 결과 제시 방식은 적절하지 않다고 본다. 따라서 이후 분석 결과를 제시하는 방식은 상기의 건강 관련 프로그램 ‘종류’와는 무관하게 건강 관련 프로그램 ‘항목’을 각각 ‘대상’과 ‘청구형태’으로 나누어 제시하고자 한다.

65) 여기서 건강 관련 프로그램 항목의 ‘대상’을 묶고 배열한 기준은 통상적인 분류법을 토대로 데이터를 잘 보여주기 위한 연구자의 잠정적 판단이지 절대적인 것은 아니다. 하나의 항목이 여러 묶음에 동시에 속할 수 있기 때문에 다른 방식의 묶음과 배열도 충분히 가능하다는 점을 밝혀 둔다. ‘의료’와 ‘보건의료’를 구분한 영역도 있고 ‘보건의료’로 포괄한 영역도 있는데 이는 분량의 편차로 인한 요약 과정이나 논문 내 직접적인 기술을 그대로 옮긴 것, 혹은 데이터를 효율적으로 잘 보여준다고 생각한 연구자의 판단 등에 의한 것이므로 구분 자체를 엄정하게

른 종류 보다 보건의료와 관련된 대상들이 다양성이나 빈도 측면에서 상대적으로 높게 나타났다. 개별 대상으로는 건강보험, 노동조건, 의료서비스, 의약품, 산업안전보건이 상대적으로 많이 언급되었는데, 의료서비스의 경우 의료, 보건의료, 보건의료서비스, 의료 접근, 의료 이용과 유사함을 고려한다면 더 많이 언급되었다고 할 수 있다.

그럼에도 건강 관련 프로그램 항목의 ‘대상’으로 건강 관련 프로그램의 종류와 동일한 ‘보건의료’, ‘복지’, ‘환경’, ‘인권’, ‘식품’, ‘교육’, ‘문화’, ‘체육’ 등도 일부 나타났다. 이해를 돕기 위해 구체적 사례를 몇 가지 소개하면 “건강권의 핵심 내용으로 보건의료, 식수, 위생, 환경 등”, “전염병 질환 감염시 인권과 건강권 침해 대책”, “보건을 결정하는 근본적인 요소(안전한 식수와 식품, 건강한 직업과 환경조건, 보건 교육과 정보)”, “이주민에 대한 문화적 개방성”, “생활 체육 활성화 위한 체육법 개정 검토 필요”와 같이 직접적으로 건강 관련 프로그램의 종류와 동일한 대상을 언급한 경우가 존재했다. 또한 “장애여성출산장려금 예산 책정과 확대, 장애여성 육아도우미 서비스, 장애부모 자녀대상 교육프로그램 제공, 장애부모대상 자녀양육수당 제도 도입”과 같이 이들을 포함한 더 많은 항목을 요약하는 과정에서 이들을 ‘복지’로 포괄한 경우가 존재했다. 또한 “적어도 초등교육을 받을 권리 보장”과 같이 연구자 판단에 의해 ‘교육’이라고 한 경우 등도 존재했다.

건강 관련 프로그램 항목의 ‘대상’과 또 다른 차원으로 ‘청구형태’를 살펴보면, 접근권, 제도, 법률, 정책, 규제, 규범 등의 순으로 많이 나타났다(부록 3의 <표 36>). 일례로 건강 관련 프로그램의 일부 항목으로 “의약품 특허 규제”와 “필수의약품 제공”을 요구한 논문에서 이들 항목의 대상은 ‘의약품 특허’와 ‘필수의약품’이고⁶⁶⁾ 이들 항목의 청구형태는 ‘규제’와 ‘접근권’이 되는 것이다. 여기서 알 수 있듯이 개별 논문이나 개별 항목에서 복수의 청구형태가 나타나는 경우도 상당수 존재했다.

받아들이 필요는 없다는 점도 밝혀 둔다.

66) 물론 이 논문은 다른 건강 관련 프로그램 항목들도 존재하여 ‘의약품 특허’와 ‘필수의약품’은 ‘의약품’이란 대상으로 요약되었다.

다음으로 건강 관련 프로그램의 보장 조건 정교화 차원으로서 결정규칙 제시 방식을 언급한 건강권 논문(35개)을 살펴보고자 한다. 분석 결과, Rumbold의 분석 결과에 나타난 ‘기술적 가능성’이나 ‘건강함의 의미’와 관련된 결정규칙은 나타나지 않았고 포괄성(논문 12개), 특수성(논문 11개), 궁극 목적(논문 5개), 기본·필수(논문 4개), 유효성, 예방 중심, 건강 범위(이상, 각 논문 3개), 사회경제적 조건(논문 2개), 가격, 질병 범위, 보편성(이상, 각 1개)이 나타났다(부록 3의 <표 37> 건강 관련 프로그램의 결정규칙 제시 방식의 구체적 내용). 여기서 ‘포괄성’이란 건강 관련 프로그램의 포괄성, 통합성, 종합성 등을 요구하는 결정규칙이고 ‘특수성’이란 건강 관련 프로그램의 결정에 반영해야 할 필요, 요구, 욕구, 성별, 문화, 경험, 삶의 현실 등의 요소를 제시하는 결정규칙이다. ‘궁극 목적’이란 건강 관련 프로그램을 결정하는 궁극적 목적, 즉 건강, 인권, 건강한 삶 등을 제시하는 결정규칙이고 ‘기본·필수’란 기본적인 혹은 필수적인 건강 관련 프로그램을 요구하는 결정규칙이다. ‘유효성’이란 건강 관련 프로그램의 유효성, 실질적 도움, 침해 가능성 배제를 요구하는 결정규칙이고 ‘예방 중심’이란 치료나 보상을 넘어 예방을 포함·중시하는 건강 관련 프로그램을 요구하는 결정규칙이다. ‘건강 범위’란 건강 관련 프로그램이 신체 건강을 넘어 정신 건강까지 포함하기를 요구하는 결정규칙이고 ‘사회경제적 조건’이란 건강 관련 프로그램을 결정하는 데에 제반 사회경제적 조건이나 여성의 불평등·차별·억압을 취급하기를 요구하는 결정규칙이다. ‘가격’이나 ‘질병 범위’는 문자 그대로 건강 관련 프로그램을 결정하는 데에 가격과 질병 범위를 제시하는 결정규칙이고 ‘보편성’이란 건강 관련 프로그램을 결정하는 데에 개별성 보다는 보편성을 추구하기를 요구하는 결정규칙이다. 하지만 논문에서는 전술한 결정규칙의 개념 정의나 설명, 정당화 논거가 다루어지지 않아서 한계가 존재한다.

특정 인구집단의 건강 관련 프로그램에 대한 결정규칙도 제시되었는데 요보호아동, 십대, 여성, 한부모 여성가장, 고령 성매매여성, 장애인, 노동자, 이주민, 남한 입국 북한이주민, 다문화가족, 수용자, 정신질환자,

HIV 감염인 등의 취약계층에 대한 결정규칙이 제시되었다. 결정규칙 가운데 포괄성, 특수성, 궁극 목적, 건강 범위, 가격, 질병 범위, 보편성에서는 특정 인구집단에 대한 언급이 더 많이 나타났다. 또한 건강 결정요인과 국제협정에 대한 결정규칙을 제외하면 모두 보건의료에 대한 결정규칙이었고 이 중에서 일부는 건강 결정요인, 노동, 사회복지에 대한 결정규칙도 곁했다.

개별 논문에서는 전술한 결정규칙이 여러 가지 나타나기도 했는데, 결정규칙을 언급한 35개 논문 중에서 9개 논문이 두세 가지 결정규칙을 함께 언급한 것으로 나타났다. 그럼에도 결정규칙을 언급한 논문의 상위권 유형은 포괄성만 제시, 특수성만 제시, 궁극 목적만 제시, 기본·필수만 제시, 유효성만 제시 등 한 가지 결정규칙만 제시한 논문들이었다(부록 3의 <표 38>).

지금까지 제시한 분석 결과는 Rumbold의 분류 틀에 따른 건강권의 세부권리 내용을 개별 범주(복합 범주의 경우 개별 범주로 환산) 중심으로 살펴보았다. 추가적으로 개별 논문에서 세부권리 내용이 어떻게 구성되었는지를 살펴볼 필요가 있다. 개별 논문에서 건강권 세부권리 내용이 자유권, 소극적 청구권, 적극적 청구권 측면에서 어떻게 구성되었는지 살펴보면, 다음 <표 35>와 같이 일곱 가지 유형으로 나타날 수 있다. 건강권의 세부권리 내용을 언급한 논문(351개) 중에서 72.4%가 건강권의 세부권리로서 적극적 청구권을 요구했고 24.2%가 자유권이면서 적극적 청구권을 요구했다. 나머지 유형은 극소수 나타났고 자유권이면서 소극적 청구권을 요구한 건강권 논문은 없었다(부록 3의 <표 39>)..

표 35. 개별 논문의 건강권 세부권리 내용의 유형

개별 논문의 건강권 세부권리 내용	논문 수(개)	351개 대비 비율(%)
자유권	2	0.6
소극적 청구권	2	0.6
적극적 청구권	254	72.4
소극적·적극적 청구권	4	1.1
자유권, 소극적 청구권	0	0.0
자유권, 적극적 청구권	85	24.2
자유권, 소극적·적극적 청구권	4	1.1
소계(건강권 세부권리 내용 존재 논문)	351	100.0

상기 표에서 일곱 가지 유형의 보다 구체적인 범주의 구성, 즉 실체(건강 상태 혹은 건강 관련 프로그램(충분성 vs 목록 vs 결정규칙)) 요구와 절차(우선순위 혹은 제도) 요구의 구성을 살펴보면, 논문 수 측면에서는 적극적 청구권 유형의 건강 관련 프로그램의 목록 요구 논문이 월등히 많이 나타났다. 이어서 자유권과 적극적 청구권 유형의 건강 관련 프로그램의 목록 요구 논문, 적극적 청구권 유형의 건강 관련 프로그램의 목록과 우선순위 요구 논문, 적극적 청구권 유형의 건강 관련 프로그램의 목록과 결정규칙 요구 논문, 자유권과 적극적 청구권 유형의 건강 관련 프로그램의 목록과 우선순위 요구 논문 등의 순으로 많이 나타났다. 청구권적인 요구 사항이 존재하는 논문에서는 건강 관련 프로그램의 목록만을 요구한 논문이 더 많았다.

특정 유형의 개별 논문을 구체적으로 이해하기 위해 실제 논문에서 요구된 건강권 세부권리 내용을 살펴보면 자유권 유형의 세부권리가 나타난 논문(문헌 064)의 내용을 요약하면 다음과 같다.

보건의료노조가 산별노조로서 병원개혁·의료개혁 투쟁(보건예산 확대, 병원 환경 개선, 공공보건의료기관 확충, 병실 면적과 시설 확보, 의료진의 친절 강화, 의료수가제도, 환자의 식사 질 개선과 식대 인하, 진료비 내역 공개, 보호자 휴게실 확충, 장애인 보호시설 확충 등)으로 국민 건강권 확보. (문헌 064)

소극적 청구권 유형의 세부권리인 건강 관련 프로그램의 철회를 요구한 논문(문헌 366)의 내용을 요약하면 다음과 같다.

정부가 추진하는 의료법인(병원)의 영리 자회사 정책 철회. (문헌 366)

적극적 청구권 유형의 세부권리로서 건강 상태만을 요구한 논문(문헌 355)의 내용을 요약하면 다음과 같다.

건강 불평등의 감소. (문헌 355)

적극적 청구권 유형의 세부권리로서 건강 상태를 제외하고 나머지 범주(건강 관련 프로그램의 충분성 · 목록 · 결정규칙과 우선순위 · 제도의 절차)를 모두 요구한 논문(문헌 154_4)의 내용을 요약하면 다음과 같다.

의료보장(의료보험제도+의료급여제도) 수급권, 사회적 약자의 건강권을 위해 공법인이 주체가 되어 적절한 의료서비스를 제공하는 공적의료보장과 치료 중심적 의료보장을 넘어 질병 예방과 자립 지원, 의료급여 수급자 확대와 보장성 강화, 건강보험 내 저소득 사회적 약자 보호기능 강화, 공공의료기관의 양적 · 질적 확대, 재정 확대와 공적의료보장 재정지출의 효율성 제고, 저소득층 의료보장 확대에 대한 민주적 합의와 그에 대한 적절한 사회국가적 지원책 마련. (문헌 154_4)

적극적 청구권 유형의 세부권리로서 건강 관련 프로그램의 충분성 차원만 요구한 논문(문헌 027)의 내용을 요약하면 다음과 같다.

근로환경권(노동과정에서 위험으로부터 안전하게 일할 권리, 안전하고 쾌적한 작업환경에서 일할 권리, 사용자에게 대하여 인간으로서 건강유지가 가능한

근로환경을 요구할 권리)의 보호. (문헌 027)

적극적 청구권 유형의 세부권리로서 건강 관련 프로그램의 결정규칙만 요구한 논문(문헌 092)의 내용을 요약하면 다음과 같다.

의료의 특성상 사회적으로 구성원에게 필수·필요적으로 서비스가 제공되어야 함. (문헌 092)

적극적 청구권 유형의 세부권리로서 제도적 절차만 요구한 논문(문헌 173)의 내용을 요약하면 다음과 같다.

의료보험통합과 의약분업 등의 정책이 초기 정책목표를 유지하면서 결실을 맺기 위해 사회적 합의기전의 창출 필요, 건강권을 위한 일련의 활동이 여타 부문과 결합하고 사회의 모든 부문이 국민의 건강권에 주목하고 연대해야 함. (문헌 173)

자유권과 적극적 청구권 유형의 세부권리로서 건강 상태와 건강 관련 프로그램의 목록을 요구한 논문(문헌 321)의 내용을 요약하면 다음과 같다.

그 누구도 핵의 비극이 초래할 참상으로부터 자유로울 수 없다는 자각, 스스로 지배권력화된 과학기술로부터 인간의 건강권과 생명권을 지켜내야 함, 현대 과학기술(핵 등)의 맹위 속에서 인간의 건강권과 생명권을 지켜내야 함, 탈핵을 위한 부단한 투쟁 필요. (문헌 321)

자유권과 적극적 청구권 유형의 세부권리로서 건강 관련 프로그램의

목록·결정규칙과 우선순위·제도의 절차를 요구한 논문(문헌 180)의 내용을 요약하면 다음과 같다.

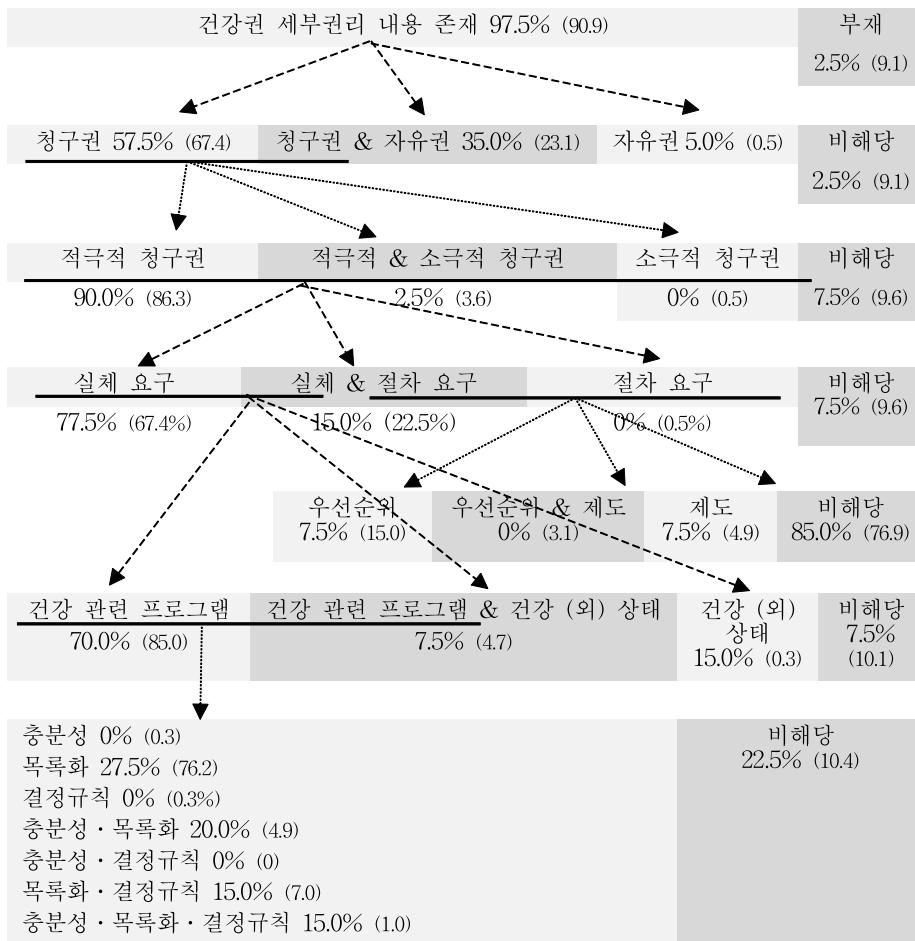
개인 차원의 건강과 사회 차원의 건강을 구성하는 불평등·차별·억압 취급 필요, 지역사회 중심 공중보건의료체계 구축, 지역주민 참여와 역량 강화의 건강증진 제공, 의료보험제도와 의료서비스접근권 보장, 여성의 건강권 위해 성인지적 건강 정책 개발과 여성복지 향상, 여성건강 관련 법·제도 정비, 특별기관·연구소 설립, 여성 건강권에 기초한 건강관리(질병 확대, 여성 건강 욕구·신념·가치·경험 중시, 여성의 자기 결정과 참여, 질환·질병 극복과 여성의 사회역할·취업지위·여성차별규범 등의 인식·제도·정책 변화) 필요. (문헌 180)

자유권과 소극적·적극적 청구권 유형의 세부권리로서 건강 관련 프로그램의 목록과 우선순위의 절차를 요구한 논문의 내용을 요약하면 다음과 같다.

정신질환 가진 자들에 대한 차별 금지와 기본적 인권 존중, 일반 의료와 같은 수준의 진료 받을 권리 보장, 원칙적으로 자발적인 치료를 제공하고 불가능한 경우 최소한의 비자발적 치료를 허용, 정신장애자의 개별적인 제권리(치료받을 권리, 치료 거부할 권리, 사생활보호권, 통신의 자유, 종교 활동의 권리, 취미활동의 권리, 자기가 하길 싫은 일은 하지 않을 권리 등의 환자 권리) 보장, 쾌적한 환경 속에서 치료 받을 권리 보장. (문헌 018)

‘2013 건강권 서울시민회의’의 건강권 세부권리 - Rumbold 분류 틀

Rumbold 분류 틀에 따라 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 일반시민이 언급한 건강권 세부권리 내용을 분석한 결과 다음 <그림 11>과 같은 언급 비율이 나타났다.



주) 괄호 안팎 각각의 행 합계는 100%(괄호 밖은 전체 분석 자료 40 개 대비 비율을 의미하고 괄호 안은 전체 건강권 논문 386 개 대비 비율을 의미함)

그림 11. Rumbold의 분류 틀에 따른 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 건강권 세부권리 내용과 1990년-2014년 건강권 논문의 건강권 세부권리 내용

상기 그림에서 알 수 있듯이 일반시민들이 언급한 건강권 세부권리 내용에서도 건강권 논문과 같이 청구권, 그 중에서도 적극적 청구권, 그 중에서도 실체 요구, 그 중에서도 건강 관련 프로그램이 월등하게 많이 나타났다. 또한 일반시민들이 언급한 건강권 세부권리 내용에 적극적 청구권과 대비되는 소극적 청구권이 미미했지만 청구권과 대비되는 자유권

이나 실체 요구와 대비되는 절차 요구가 어느 정도 동시에 언급되고 있다는 현상 역시 건강권 논문과 마찬가지로다. 하지만 일반시민에서는 학술 논문에 비해 자유권적인 세부권리 내용의 언급 비율이 더 높았고 소극적 청구권적인 세부권리 내용이나 절차적 세부권리 내용의 언급 비율은 더 낮았다. 또한 학술 논문에 비해 절차 요구 중 우선순위 방식의 언급 비율이 더 낮았고 제도적 방식의 언급 비율이 더 높았다. 또한 학술 논문에 비해 실체 요구 중 건강 관련 프로그램의 언급 비율이 더 낮고 상태의 언급 비율이 더 높았다. 또한 학술 논문에 비해 건강 관련 프로그램 요구 중에서도 충분성 기준이나 결정규칙 방식의 언급 비율이 더 높아서 목록화 방식의 단독 언급 비율은 훨씬 낮게 나타났다.

여기서 학술 논문에서는 나타나지 않은 상당히 새로운 점은 일반시민들이 건강권 세부권리 내용으로 실체를 요구할 때 가족(화합, 소통, 돌봄, 의지)이나 공동체와 같은 건강 이 외의 상태를 요구하였다는 점이다.⁶⁷⁾ 참고로 실체 요구 중 건강 상태 요구의 경우 건강권 논문에서 건강, 안녕(well-being), 건강불평등 감소, 권리, 사망, 생명, 온전성, 편안한 죽음, 질환 감소에 대한 요구가 나타났는데, 일반시민은 건강에 대한 불안감, 마음, 건강하고 행복한 삶에 대한 요구를 나타냈다.

학술 논문에 비해 일반시민들에게서 더 많은 관심이 나타난 자유권적인 세부권리 내용의 경우에도 그 구체적인 내용은 차이가 난다. 건강권 논문에서 나타난 자유권적인 세부권리 내용은 정보, 시민·사회·노동운동(movements), 알권리, 선택권, 자기결정권, 자율성, 주체성, 사생활의 비밀과 자유 등과 관련되었고 일반시민들에서도 정보, 알권리, 선택권, 자기결정권, 사생활의 비밀과 자유 등이 언급되었지만 전술했던 가족(화합, 소통, 돌봄, 의지), 공동체를 비롯하여 명상, 마음, 종교, 자존감, 행복한 삶, 사회관계 등이 새로이 나타났다. 숙의 과정 초기에는 가족, 명상, 마음 등과 같이 미시적 요구가 많이 나타났지만 숙의 과정이 진행되면서 자기결정권, 권리 주장, 언론의 자유, 자존감, 사생활 침해 금지

67) 이러한 건강 이 외의 상태를 요구한 건강권 세부권리 내용은 자유권적 성격을 동시에 지니는 것으로 볼 수 있다.

등과 같이 미시적 요구와 구조적 요구가 통합된 요구가 많이 나타났다.

지금부터는 일반시민이 언급한 건강권 세부권리 내용을 간략히 소개하고자 한다. 우선 일반시민이 언급한 소극적 청구권으로서의 세부권리 내용은 건강권 논문에서도 언급된 사생활의 비밀과 자유 보호를 요구하는 내용이 나타났다.

일반시민이 언급한 청구권으로서 절차 요구에 해당하는 세부권리 내용은 우선순위 방식의 공사(公私) 우선순위(공공 중심 3번)와 국지적 우선순위(평등과 비차별 2번, 쪽방촌 내 소수자 우선성 1번)가 언급되었고 제도적 방식의 주체적 모형(주거권 요구권 보장 1번, 주민자치기구 1번)과 의견반영제도(쪽방주민 의견과 요구 반영하는 다양한 커뮤니티 조직·지원 1번)가 언급되었다. 이들 범주 모두 건강권 논문에서 언급되었지만 건강권 논문에서 우선순위 방식의 국지적 우선순위(평등과 비차별)가, 제도적 방식의 참여 제도가 가장 많이 언급된 것과는 차이가 난다.

일반시민이 청구권으로서 요구한 건강 관련 프로그램의 종류는 보건의료, 주거, 사회복지, 노동, 문화, 사회자본, 교육, 인권, 환경, 에너지, 정보통신 순으로 나타났다. 건강권 논문과 마찬가지로 보건의료가 가장 많이 나타났지만 보건의료와 2순위 종류의 언급 차이가 6.5배였던 건강권 논문과 달리 일반시민은 1.3배로 차이가 작았다. 이것은 일반시민이 건강권에 대한 숙고뿐만 아니라 여러 영역에서 불리한 조건에 처한 쪽방주민의 건강권에 대한 평가와 권고도 수행한 점과 무관치 않다.

일반시민 역시 건강 관련 프로그램의 해당 종류 내에서 그 한도(range)를 충분성 차원과 보장 조건의 정교화 차원(목록화 방식, 결정규칙 방식)으로 요구하였다. 건강 관련 프로그램의 충분성 차원의 경우 학술 논문에 비해 일반시민들이 보다 정교한 내용을 언급했다. 절대적 기준, 상대적 기준, 궁극적 기준이 모두 나타났으며 쪽방주민 건강권에 대한 숙고로 인해 주거 영역의 충분성 기준이 많이 나타났다. 구체적으로는 주거환경 영역의 경우 ‘별이 드는 곳’, ‘기본적 주거 조건’, ‘쪽방건물 최소 기준’, ‘깨끗하고 안전한 집’, ‘최소한의 위생’, ‘쾌적한 놀이터’, ‘최소

한의 인간다운 삶을 누리기 위한 주거 환경' 등과 같은 질적 기준이 많이 언급되었다. 보건의료 영역의 경우 '언제나 적절한 치료', '알맞은 치료', '적절한 운동과 휴식'과 같이 양과 질적 기준을 모두 포함하거나 '무상의료 확대', '공공의료 확대', '의료서비스 확대'와 같은 양적 기준이나 '신뢰 가능한 주치의', '안전하게 마실 수 있는 물', '영양가 갖춰진 음식'과 같은 질적 기준이 언급되었다. 사회복지 영역의 경우 '기초생활보장제도 현실화', '사회보장제도의 확대'와 같은 양적 기준이 언급되었다.

건강 관련 프로그램의 보장 조건 정교화 차원의 경우 일반시민에서도 목록화 방식의 내용이 다른 내용에 비해 더 많이 언급되었다. 건강 관련 프로그램의 '대상'은 전술한 건강 관련 프로그램의 종류와 동일하다. 건강 관련 프로그램의 '청구형태'로는 접근권과 정책이 많이 나타났고 지원, 제도, 조사와 연구, 자력화, 인권과 권리, 규제, 행정, 법률, 자원, 재정 등이 일부 나타났다. 일반시민이 언급한 건강 관련 프로그램 목록의 예로는 숙의 과정이 시작된 초기에 운동, 지속적 관리 등의 미시적·개체주의적 요구가 많이 나타났고 숙의 과정의 말미에는 서울시민을 위한 깨끗한 주거환경, 균형 잡힌 식사, 언제나 적절한 치료 등과 쪽방주민을 위한 주거환경의 시급한 개선, 건강 및 영양 실태조사 통한 서비스 제공, 기초생활보장제도 현실화, 자치공간 확보 및 사회구성원 지위 회복 등의 구조적 요구가 많이 나타났다.

또한 일반시민이 언급한 건강 관련 프로그램의 보장 조건 정교화 차원의 결정규칙 방식의 내용은 건강권 논문과 달리 궁극 목적의 결정규칙이 월등히 많이 나타났다. 구체적인 궁극 목적의 결정규칙으로는 '자율성 보장', '스스로 자활 가능', '자활의지 회복 고취', '스스로 관리 가능', '스스로의 몸과 마음을 편하게 하는 목적', '생존이 아닌 영위를 위한 조건', '건강권 하락시키는 사회경제적 요인', '건강한 생활 가능하도록', '정신적·물리적 소외감 감소', '최소한의 건강 유지', '쪽방주민의 사회구성원으로서의 지위 회복', '최소한의 인간다운 삶 향유'가 나타났다. 이뿐만 아니라 '기본적인 생존기반', '절대적, 최소한의 건강권 보장', '최소한의 건강 유지'와 같은 기본·필수의 결정규칙이 나타났으며 '깨끗한 삶'과

같은 기타 결정규칙도 나타났다.

한편 일반시민은 복수의 결정규칙을 언급하기도 했다. 이중에서 주목할 만한 내용으로는 절대적, 최소한의 건강권 보장을 상위의 결정규칙으로 제시하면서 의료 영역에서는 ‘최소한의 건강권 보장을 위해 의료서비스 수요에 차별이 없도록’이란 하위의 결정규칙과 주거 영역에서는 ‘최소한의 인간다운 삶을 누리기 위해’라는 하위의 결정규칙을 제시한 내용이 있었다. 이것은 건강 관련 프로그램의 결정규칙으로서 ‘최소한’을 제시할 때 ‘최소한’만이 중요한 것이 아니라 ‘무엇’의 최소한인지도 중요하다는 것을 보여준다.

‘2013 건강권 서울시민회의’의 개별 분석 자료에서 Rumbold 분류 틀에 의한 건강권 세부권리 유형을 살펴보면, 건강권 논문에 비해 건강 관련 프로그램의 목록만 단독으로 언급한 논문의 비율이 낮게 나타났다. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 숙고 과정이 어느 정도 진행된 단계에서 작성된 분석 자료일수록 건강권 세부권리 내용으로 Rumbold 분류 틀의 여러 요소를 함께 언급하는 경향이 나타났다(부록 3의 <표 40> ‘2013 건강권 서울시민회의’의 개별 분석 자료에서 나타난 건강권 세부권리의 유형).

Rumbold 분류 틀에 따른 건강권 세부권리 내용에 대한 소결

건강권의 세부권리는 국내 학술 논문(90.9%)과 일반시민의 숙고 내용(97.5%) 양쪽에서 나타났다. 둘 사이에 차이는 있지만, 양쪽 모두에서 여타 건강권 요소에 비해 압도적으로 많이 언급되었다. 지난 25년간 건강권의 세부권리를 언급한 학술 논문은 건강권 논문의 발행 증가 추세와 유사한 증가 추세를 보였다. 일반시민의 경우 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 전체 과정에서 건강권 세부권리를 언급하였다. 전술한 결과를 통해 건강권 세부권리가 건강권의 필수적 내용임을 확인하였다.

국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용에서 나타난 건강권 세부권리를 Rumbold 분류 틀에 따라 분석한 결과, 양적 측면에서는 대다수가 자

유권 보다 청구권을 요구하였고 청구권 중에서는 소극적 청구권 보다 적극적 청구권을 월등히 많이 요구하였다. 또한 청구권 중에서는 절차 요구 보다 실체 요구가 훨씬 더 많이 나타났고 실체 요구 중에서는 건강 상태 요구 보다 건강 관련 프로그램 요구가 훨씬 더 많이 나타났다. 건강 관련 프로그램 요구 중에서는 충분성 차원이나 결정규칙 제시 보다 프로그램 목록의 제시가 더 많이 나타났다. 여기서 자유권 요구와 절차 요구는 상대적으로 적게 언급되었어도 15%에서 40%까지의 비율로 제법 언급된 반면, 소극적 청구권 요구는 2.5%에서 4.1%까지의 비율로 매우 낮게 언급되었다.

그럼에도 국내 학술 논문과 일반시민 사이의 건강권 세부권리 내용에 차이가 존재했다. 일반시민은 학술 논문에 비해 상대적으로 자유권 요구, 절차의 제도적 방식 요구, 상태 요구, 건강 관련 프로그램의 충분성 차원 요구나 결정규칙 요구를 더 많이 언급했다. 개별 학술 논문과 일반시민의 개별 분석자료 측면, 즉 주장의 단위 측면에서는 학술 논문이 일반시민에 비해 건강권 세부권리로서 건강 관련 프로그램의 목록화 방식만 언급한 경우가 상대적으로 훨씬 많았다. 구체적으로 건강권 세부권리를 언급한 351개 논문 가운데 건강 관련 프로그램을 목록화 방식으로만 요구한 논문이 216개로 가장 많았다.

질적 측면에서 국내 학술 논문과 일반시민의 건강권 세부권리 내용을 살펴보면, 자유권적 세부권리로는 알권리, 선택권, 자기결정권, 사생활의 비밀과 자유가 공통적으로 나타났다. 추가적으로 학술 논문에서는 정보, 시민·사회·노동 운동(movements), 자율성, 주체성 등이 요구되었고 일반시민에서는 명상, 마음, 종교, 자존감, 사회관계 등이 요구되었다. 극소수 언급된 소극적 청구권의 세부권리로는 사생활의 비밀과 자유 보호가 공통적으로 나타났다.⁶⁸⁾ 추가적으로 학술 논문에서는 건강 혹은 건강권 침해 금지가 나타났다.

또한 청구권 중 절차를 요구한 세부권리로는 평등과 비차별, 공공성

68) 일반시민은 한 번만 언급하였다.

우선, 취약계층 우선과 같은 우선순위 방식과 의견 반영 제도와 같은 제도적 방식이 공통적으로 나타났다. 추가적으로 학술 논문에서는 절차 요구의 제도적 방식으로 참여 제도, 합의 제도가 나타났다. 청구권 중 실체로서 상태를 요구한 세부권리는 공통적인 내용이 거의 없었다. 학술 논문은 건강, 안녕, 건강 형평성, 권리, 사망 감소, 생명, 온전성, 편안한 죽음, 질환 감소라는 건강 상태를 요구했고 일반시민은 건강 불안감, 마음, 건강하고 행복한 삶이라는 건강 상태를 요구했다. 또한 일반시민은 가족(화합, 소통, 돌봄, 의지)이나 공동체와 같은 건강 이 외의 상태도 요구했다.

또한 청구권 중 실체로서 건강 관련 프로그램을 요구한 경우 프로그램의 종류로는 교육, 노동, 문화, 보건의료, 사회복지, 인권, 주거, 환경이 공통적으로 나타났다. 양쪽에서 보건의료가 많이 나타났지만, 보건의료와 2순위 종류 사이의 언급 차이는 학술 논문(6.5배)이 일반시민(1.3배)에 비해 월등히 컸다. 극소수의 학술 논문에서 언급된 주거와 문화 영역이 일반시민에게서 상당히 나타난 점도 차이점이다. 추가적으로 학술 논문에서는 건강 결정요인, 건강불평등, 국제협정, 규범, 생명과학기술, 식품, 안전, 언론, 체육이 나타났고 일반시민에서는 사회자본, 에너지, 정보통신이 나타났다.

또한 건강 관련 프로그램의 충분성 차원을 요구한 세부권리로는 절대적, 상대적, 궁극적 기준이 공통적으로 나타났고 학술 논문에 비해 일반시민이 보다 정교한 기준을 제시했다. 건강 관련 프로그램의 보장 조건 정교화 차원에서 목록을 요구한 세부권리로는 공통적으로 보건의료와 관련된 ‘대상’이 많이 나타났고 접근권의 ‘청구형태’가 많이 나타났다. 학술 논문의 경우 건강 관련 프로그램의 세부 ‘대상’으로 건강 보험, 노동 조건, 의료서비스, 의약품, 산업안전보건이 많이 나타났다. 건강 관련 프로그램의 보장 조건 정교화 차원에서 결정규칙을 제시한 세부권리로는 궁극 목적, 기본이나 필수가 공통적으로 나타났다. 추가적으로 학술 논문에서는 포괄성, 특수성, 유효성, 예방 중심, 건강 범위 등의 결정규칙이 나타났고 이중에서는 포괄성 결정규칙이 가장 많이 나타났다. 반면 일반

시민은 궁극 목적의 결정규칙을 월등히 많이 언급했고 ‘깨끗한 삶’과 같은 기타 결정규칙도 언급했다.

Rumbold 분석 틀이나 전술한 결과를 통해 알 수 있는 바는, 건강 영역에서 건강권과 자유가 충돌한다는 통념과 달리 건강권 세부권리로서 보장되어야 할 자유권적 권리, 즉 알권리, 자기결정권 등이 존재한다는 점이다. 또한 적극적 청구권뿐만 아니라 사인 혹은 국가의 건강 침해 금지와 같은 소극적 청구권의 내용도 건강권 세부권리로서 충분히 주목해야 함을 알 수 있다. 또한 공공성 우선, 취약계층 우선, 참여 제도, 인권 심사 제도와 같은 절차 요구가 건강권의 핵심적 존재의 측면에서 중요함을 알 수 있다. 또한 건강 관련 프로그램뿐만 아니라 건강 형평성이나 질환 발생 감소와 같은 건강 상태 요구도 건강권 세부권리로서 주장할 수 있음을 알 수 있다. 또한 건강 관련 프로그램은 보건의료뿐만 아니라 노동, 사회복지, 주거, 환경 등과 같은 다른 영역에도 존재함을 알 수 있다. 건강 관련 프로그램의 경우 ‘보편적 의료서비스 제공’과 같은 프로그램 목록뿐만 아니라 ‘최소한의 인간다운 삶을 누리기 위한 주거 환경’과 같은 프로그램의 충분성 기준을 제시하거나 ‘지역의 건강요구’를 반영하는 보건의료와 같이 프로그램의 결정규칙을 제시할 수 있음을 알 수 있다. 뿐만 아니라 건강 관련 프로그램의 목록은 접근권, 제도, 법률, 정책, 규제, 규범, 조사·연구, 감시, 운동, 문화 등 다양한 청구형태로 요구할 수 있음을 알 수 있다.

하지만 한국 사회의 건강권 세부권리 내용은 특정 범주에 편중되어 있다. 전술했듯이 주로 보건의료 영역에서 건강 관련 프로그램의 목록만 요구하는 주장이 월등히 많다. 이러한 현상은 일반시민에 비해 학술 논문에서 더욱 강하게 나타났다. 개별 주장 측면에서 건강 관련 프로그램의 목록만 요구한 학술 논문(76.2%)은 일반시민(27.5%)에 비해 상대적으로 훨씬 많았다. 물론, 한국 사회에서 건강권 논의가 많지 않고 그 개념이 보건의료 영역으로 협소하게 이해되고 있다는 점, 건강보험 보장성과 공공병원 비중 등에서 국내 보건의료 상황이 좋지 않다는 점 등이 전술한 현상의 원인이라 볼 수 있다. 하지만 건강권은 이미 협소한 개념이

아니다. 또한 보건의료 영역으로 협소하게 간주함으로써 개선되는 건강 효과도 한계가 있다는 것이 영국의 건강불평등 연구를 통해 증명되었다. 뿐만 아니라 보건의료 관련 프로그램을 요구한다고 해도 프로그램의 목록을 제시하는 것 말고도 충분성 기준이나 결정규칙을 제시하여 인간 존엄과 권력 재조정 같은 건강권의 존재의의를 보다 잘 반영할 수 있다. 지금까지 살펴본 한국 사회의 건강권 세부권리 내용은 보건의료 영역의 건강 관련 프로그램을 목록으로 요구한 주장이 다수를 차지해 한계를 드러냈다고 볼 수 있다.

한편, 국내 학술 논문의 경우 건강권 해석으로 소극적 청구권 내용인 ‘건강 침해 금지’를 포함한 논문은 전체 건강권 논문의 12.1%, 건강권 해석을 언급한 논문의 39.5%를 차지했지만 건강권 세부권리 내용으로 ‘건강 혹은 건강권 침해 금지’를 언급한 논문은 전체 건강권 논문의 2.1%, 건강권 세부권리를 언급한 논문의 2.3%를 차지했다. 한국 사회에서 기업이나 정부에 의한 건강 침해가 적지 않은 상황임에도 관련된 내용이 건강권 세부권리로서 별로 요구되지 않았다. 반면, 국내 학술 논문에서 건강권 해석으로 ‘배려와 급부’, ‘요구자격’, ‘보건의료’, ‘사회보장’을 포함한 논문은 전체 건강권 논문의 23.1%, 건강권 해석을 언급한 논문의 74.8%를 차지했지만, 건강권 세부권리 내용으로 건강 관련 프로그램을 요구한 논문은 전체 건강권 논문의 89.6%, 건강권 세부권리를 언급한 논문의 98.6%를 차지했다. 따라서 전체 건강권 논문에서 건강권 해석과 건강권 세부권리의 내용적 연관성이 크다고 할 수 없다. 한편 국내 학술 논문은 낮은 비중이나마 건강 관련 프로그램의 충분성 기준이나 결정규칙을 언급하고 있지만 그러한 기준이나 규칙의 개념 정의, 설명, 정당화 논거를 제시하지 않아 한계가 존재했다.

일반시민의 경우 건강권의 세부권리로서 미시적·개체주의적 관점의 요구가 상당히 나타났다. 구체적으로는 자유권적 세부권리로 가족 화목, 명상, 마음 등이, 건강 관련 프로그램의 목록으로 운동(exercise), 지속적인 관리 등이, 건강 관련 프로그램의 결정규칙으로 ‘스스로 자활 가능’, ‘스스로 관리 가능’, ‘자활의지 회복 고취’ 등이 나타났다. 이러한 관점의

요구는 숙의 과정 초기에 많이 나타났고 숙의 과정이 진행되면서 구조적·사회적 관점의 요구가 증가하였다. 따라서 일반시민의 숙의 과정이 진행될수록 건강권 세부권리 내용은 미시적·개체주의적 관점에서 통합적 관점으로 변화한 것을 알 수 있다.

일반시민의 경우 학술 논문에 비해 덜 편중된 범주의 건강권 세부권리 내용을 보였다. 일반시민은 학술 논문에 비해 상대적으로 상태를 더 많이 요구했고 건강 상태뿐만 아니라 건강 이 외의 상태, 즉 가족이나 공동체 관련 상태도 요구하였다. 또한 건강 관련 프로그램 요구 시 일반시민은 학술 논문에 비해 상대적으로 보건의료 이 외의 종류에서의 프로그램 요구가 많았고 충분성 기준과 결정규칙을 더 많이 제시하였다. 건강 관련 프로그램의 종류에서 보건의료 영역을 월등하게 많이 언급한 학술 논문과 달리 일반시민은 보건의료뿐만 아니라 주거, 사회복지 영역 등도 상당히 언급하였고 학술 논문에서 나타나지 않은 사회자본, 에너지, 정보통신 영역도 일부 언급하였다. 이러한 현상은 일반시민이 ‘2013 건강권 서울시민회의’를 통해 여러 영역에서 불리한 조건에 처해 있는 쪽방주민의 현실을 직간접적으로 경험할 수 있었기 때문이다. 또한 일반시민은 전문적·기술적·분업적 관점을 지닌 전문가나 관료와 달리 건강권 권고안을 보건의료 영역으로 한정하지 않고 자신의 삶의 경험, 상식, 도덕 감정을 기반으로 통합적·포괄적인 관점에서 도출할 수 있었기 때문이다. 한편 일반시민이 제시한 건강 관련 프로그램의 충분성 기준은 대중적 용어로 표현되기도 했지만 학술 논문에 비해 보다 정교한 절대적·상대적·궁극적 기준이 나타났다. 또한 일반시민이 제시한 건강 관련 프로그램 결정규칙은 학술 논문에 비해 ‘최소한의 인간다운 삶 향유’나 ‘생존이 아닌 영위를 위한 조건’, ‘쪽방주민의 사회구성원으로서의 지위 회복’과 같은 궁극 목적의 결정규칙이 월등히 많이 나타났다. 특히, 결정규칙 사례에서는 인권에 대한 통상적인 주장에서 ‘최소한’이란 기준이 ‘무엇’의 최소한인가와 함께 검토되어야 한다는 점을 시사했다. 또한 건강 관련 프로그램의 충분성 기준과 결정규칙은 인간 존엄과 권력의 재조정과 같은 건강권의 가치가 치열하게 논의될 수 있는 범주로서 일반시민은 그 논의

를 주도할 자격과 역량이 충분함을 보여주었다. 따라서 건강권 논의나 심사에서 인권의 도구적 가치뿐만 아니라 인권의 표출적·내재적 가치를 함께 강조할 수 있는, 통합적·포괄적 관점을 지닌 일반시민의 필수적이다.

한편 국내 학술 논문에서 나타난 건강권 세부권리를 통해 ‘건강권 요소’와 ‘건강권과 타 인권 사이의 관계’가 상호배타적이지 않고 중복될 수 있음을 확인하였다. 비록 한 개의 논문에서만 나타났지만 절차로서 건강 관련 프로그램의 인권적 우선순위, 즉 건강권과 타 인권 사이의 우선순위를 요구한 내용이 그 예이다. 이것은 건강권 세부권리로서 다루어질 수도 있지만 ‘건강권과 타 인권 사이의 관계’로서 다루어질 수도 있다. 뿐만 아니라 ‘건강권 요소’ 간 상호배타적이지 않고 중복될 수 있음도 확인하였다. 절차로서 평등과 비차별이란 우선순위를 요구한 내용이 그 예이다. 이것은 AAAQ의 접근성 중 비차별 부분에서 다루어질 수 있다.

국제법상 건강권 개념 측면에서 2000년 유엔 사회권위원회 일반논평 14호는 건강권 세부권리로 사회권규약 제12조 2항의 네 가지 조치, 즉 모자 건강과 재생산 건강에 대한 권리, 건강한 자연 환경과 작업 환경에 대한 권리, 질병 예방·치료·관리에 대한 권리, 보건 시설·물품·서비스에 대한 권리뿐만 아니라 젠더 관점, 생애주기 관점, 우선순위, 비차별, 참여 등 다양한 세부권리 내용을 언급한다(<표 5>). 하지만 Rumbold 분류 틀에 의하면 국내 학술 논문에서는 보건 시설·물품·서비스에 대한 권리에 관심이 편중되었고 모자 건강, 재생산 건강, 자연 환경, 젠더 관점, 생애주기 관점, 참여 등에는 관심이 별로 주어지지 않았다. 물론 젠더 관점이나 생애주기 관점은 AAAQ 중 수용성 부분에서 언급되었지만 극소수였고 참여는 건강권 작동방식에서 언급되었지만 관심은 낮았다. Rumbold 분류 틀에 의하면 일반시민 역시 국내 학술 논문과 유사하고 이에 더해 작업 환경에 대한 관심도 거의 없었다. 하지만 일반시민은 일반논평 14호에 구체적으로 언급되지 않은 보건 이 외의 영역에 대한 관심이 높았다. 따라서 국제법상 건강권 개념이 한국 사회의 건강권 세부권리 내용에는 충분히 반영되지 않았다고 볼 수 있다. 물론 국제법상에는 정치적·

경제적·사회적 격차가 큰 국가들을 함께 포괄해야 하므로 건강권 세부권리 내용은 일반적인 경우가 많다. 그리하여 국가별로 자신의 처지에 따라 달리 적용할 수 있다. 그렇다고 해서 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호의 건강권 세부권리 내용이 한국 사회의 실정과 동떨어진 것은 아니다. 정도의 차이는 있겠지만 어느 하나 무시할 수 없는 내용들이다. 따라서 한국 사회가 건강권 형식을 빌려 요구했던 내용들은 국제법상 건강권 개념 측면에서도 일부 내용에 편중되어 제대로 반영되지 못하고 있다.

건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 한국 사회의 건강권 세부권리 내용은 보건의료 영역의 프로그램을 목록화하여 요구하는 것에 편중되어 있어서 인간 존엄, 권력 재조정, 의무와 책무성 기제가 보다 직접적으로 반영되는 데에 한계가 나타났다. 구체적으로, 인간 존엄과 가치권 보장과 같은 보건의료와 노동 영역 프로그램의 결정규칙 제시, 자기결정권이나 시민사회노동 운동과 같은 자유권적 요구, 인권심사제도나 참여제도와 같은 제도적 절차 요구는 인간 존엄, 권력 재조정, 의무와 책무성 기제를 직접 반영하지만 언급 자체가 미미하다. 그럼에도 일반시민에서는 편중 현상이 덜 나타났고 건강 관련 프로그램의 충분성 기준이나 결정규칙으로 인간 존엄이나 임파워먼트 측면의 내용이 상대적으로 많이 나타났다. 향후 건강권 형식을 빌려 요구할 수 있는 사항, 즉 건강권 세부권리의 내용은 건강 관련 프로그램의 목록 요구 외에도 매우 다양한 차원과 수준에서 요구할 수 있다는 점을 유념하고 이에 대한 관심을 높여야 한다. Rumbold의 연구 결과, 국내 학술 논문, 일반시민에서 언급된 내용을 중심으로 건강권 세부권리를 구체적으로 예시하면, 자기결정권이나 알권리와 같은 자유권을 요구할 수 있고 기업의 건강 침해 금지나 차별 금지와 같은 소극적 청구권을 요구할 수 있으며 공공성 우선이나 참여제도와 같은 절차를 요구할 수 있고 건강 형평성이나 건강하고 행복한 삶과 같은 상태를 요구할 수 있다. 뿐만 아니라 건강 관련 프로그램을 요구할 때에 목록 제시 이 외에 ‘최소한의 인간다운 삶을 누리기 위한’과 같은 프로그램의 충분성 기준을 제시할 수 있고 ‘쪽방주민의 사회구성원

으로서의 지위 회복'과 같은 프로그램의 결정규칙을 제시할 수 있다. 그러한 프로그램은 보건의료뿐만 아니라 노동, 사회복지, 환경, 주거 등 다양한 영역에서 가능하다. 물론 전술한 여러 차원과 수준을 함께 요구할 수 있다.

건강권 세부권리를 전체적으로 평가하면, 건강권 요소로서 유의성은 확인되었지만 국제법상 건강권 개념과 건강권의 핵심적 존재의의가 잘 반영되었다고 보기 어렵다. 국제법상 건강권 개념 측면에서 유엔 사회권 위원회의 일반논평 14호에 언급된 다양한 건강권 세부권리들 중 보건 시설·물품·서비스에 대한 권리에 대해서 한국 사회의 관심이 편중되었다. 한국 사회의 보건의료 현실이 좋지 않기 때문에 이렇게 편중된 요구가 나타났다고 볼 수도 있다. 하지만 일반논평 14호에 언급된 세부권리 내용인 자연 환경과 작업 환경, 모자 건강, 재생산 건강, 젠더 관점, 생애 주기 관점, 참여 등 어느 하나 국내 상황이 좋다고 볼 수 없다. 뿐만 아니라 국내 학술 논문의 건강권 해석과 세부권리 내용을 비교해보아도 연관성이 떨어지기 때문에 편중된 관심이 국내 현실을 제대로 반영한 요구라고 보기 어렵다. 또한 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서도 국내 건강권 세부권리가 보건의료 영역의 프로그램을 목록화하여 요구하는 방식이 다수를 차지함으로써 인간 존엄, 권력의 재조정, 의무와 책무성 기제를 보다 직접적으로 반영할 수 있는 다른 방식의 요구는 많이 나타나지 않았다. 그나마 일반시민에게서 보다 다양한 방식의 요구가 나타나고 건강 관련 프로그램의 충분성 기준이나 결정규칙에 인간 존엄과 같은 궁극 목적이 나타난 점은 긍정적이다. 일반시민의 경우 숙의 과정 초기에 미시적·개체주의적 관점의 세부권리를 요구하여 한계가 있었지만 숙의 과정이 진행되면서 점차 통합적 관점으로 변화했다.

따라서 한국 사회의 건강권 세부권리 내용은 국내법적 건강권 해석 보다 협소한 개념에 기반을 둔 요구가 다수였고 건강권의 핵심적 존재의의를 보다 잘 반영할 수 있는 다양한 차원과 수준의 요구가 가능함에도 건강 관련 프로그램을 단일 혹은 복수의 항목으로 적시하여 요구하는 목록화 방식의 요구에 편중되어 있었다. 앞서 Rumbold 틀, 유엔 사회권위원

회의 일반논평 14호 등에서 건강권 세부권리 내용이 다양하게 주장될 수 있음을 예시하였다. 건강권 존재의의 측면에서 건강 관련 프로그램의 구체적인 항목을 요구하는 것도 필요하겠지만, 거기에 편중된 요구를 자유권, 소극적 청구권, 절차 요구, 건강이나 건강 이 외의 상태 요구, 건강 관련 프로그램의 충분성 기준이나 결정규칙 제시로 분산할 필요가 있다. 이를 통해 건강권 개념을 더욱 더 확장시키고 건강권 존재의의를 보다 직접적으로 반영할 필요가 있다. 이때 요구하는 내용의 개념 정의나 설명, 정당화 논거가 함께 제시되어야 할 것이다. 또한 전문가나 관료에 비해 포괄적이고 통합적인 관점을 지니며 자신의 경험, 상식, 도덕 감정, 숙고를 통해 인권의 도구적 가치뿐만 아니라 표출적·내재적 가치를 잘 반영할 수 있는 일반시민의 참여는 필수적이어야 한다.

그럼에도 소수만 나타났고 정당화 논거가 제시되지 않은 단순 주장에 머물러 있다는 한계가 있을지라도 Rumbold 분류 틀, 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호의 거의 모든 차원과 수준의 범주가 한국 사회의 건강권 세부권리 내용으로 나타난 점은 주목할 만하다. 추후 국내에서 건강권 형식을 빌려 요구 사항을 주장할 때 협소한 개념과 단순한 방식을 벗어나는 데 참고가 될 만한 맹아적 요소라 할 수 있다.

② 세부권리 - Nickel의 인권 분류 기준에 의한 분석 결과

건강권에 관한 학술 논문의 건강권 세부권리 - Nickel의 인권 분류 기준

지금까지 Rumbold의 분류 틀에 근거하여 351개 건강권 논문의 건강권 세부권리 내용을 살펴보았다. 이것은 호펠드적 권리 분류에서 자유권과 청구권의 개념 그리고 청구권 내용에서의 실체·절차 요구와 실체 요구에서의 건강 (외) 상태와 건강 관련 프로그램 요구라는 보다 상세한 하위 범주들로써 구성된 기준이다. 이러한 Rumbold의 분류 틀은 건강권 세부권리 내용을 체계적으로 이해하는 데 기여하지만 보다 직관적으로

그 내용을 간파하는 데 한계가 있다. 따라서 추가적으로 James W. Nickel의 일곱 가지 인권 분류 기준인 안전권, 적정절차의 권리, 자유권^{Nickel}, 참정권, 평등권, 사회권^{Nickel}, 특별한 집단의 권리에 근거하여 건강권 세부권리 내용을 살펴보고자 한다.

앞서 소개한 James W. Nickel의 인권 분류 기준에서 건강권의 세부권리 내용을 분석하기 위해 안전권, 적정절차 권리, 사회권의 기준을 확장하였다. 안전권의 경우 Nickel은 “생명권과 같이 살인, 집단학살, 고문, 강간 등의 범죄로부터 보호” 받을 권리를 의미하였는데, 여기서는 생명뿐만 아니라 건강을 보호받을 권리로 확장하고 이때 건강 보호는 불법적 행위나 강력한 연구 근거가 축적된 건강 위험 행위, 전국가적 안전관리 체계가 필요한 위험으로부터의 건강 보호를 의미하는 것으로 확장하였다. 예를 들면 불법 난자 매매, 건강에 위해가 되는 환경, 24시간·야간 노동이나 건강유해물질과 관련된 노동환경, 광우병 쇠고기, 유전자변형 식품 등이 여기에 포함된다. 산업안전의 경우 산재보험과 같은 사후처리 부분은 ‘사회권^{Nickel}’으로 분류하고 위험물질관리나 안전관리는 ‘안전권’으로 분류하였다.

Nickel의 인권 분류 기준에서 적정절차의 권리와 관련하여 Nickel은 “재판 없는 구금, 비공개 재판, 과도한 형벌 등과 같은 법체제의 남용으로부터 보호” 받을 권리를 의미하였는데, 여기서는 형사적 절차에서의 보호뿐만 아니라 의료분쟁 등에서의 조정과 피해구제, 성적 괴롭힘의 산재보상 체계화 등과 같은 형법·민법·행정법상의 절차에서 건강 측면의 사회적 약자들이 법적으로 보호받을 권리로 확장하였다.

Nickel의 인권 분류 기준에서 사회권^{Nickel}의 경우 “각 개인이 생계, 건강, 교육에 대한 접근권을 갖도록 정부가 보장할 것을 요구”하는 권리로써 일반적인 사회권의 개념 보다 좁게 간주되었는데, 여기서는 생계, 건강, 교육뿐만 아니라 생계 이외의 사회복지, 주거, 노동, 건강 관련 환경 등도 포함하는 보다 넓은 사회권 개념으로 확장하였다.

한편, Nickel의 인권 분류 기준에서 자유권^{Nickel}의 경우 “종교의 자유,

표현의 자유, 집회·결사의 자유, 이동의 자유 등과 같은 기본적인 자유를 보호”하는 권리를 의미한다. 이것은 Rumbold 분류 틀의 자유권^{Hohfeld} 개념인 권리보유자의 행위와 활동에 대한 권리에 포함된다. 또한 Rumbold 분류 틀에서 자유권^{Hohfeld}적 세부권리의 일부가 동시에 적극적 청구권에 해당하는 것처럼 자유권^{Nickel}적 세부권리의 일부가 동시에 ‘사회권^{Nickel}’에 해당하기도 한다. 일례로, “건강 관련 정보에 대한 접근성”과 같은 정보권은 표현의 자유, 언론의 자유, 사상의 자유 측면에서 자유권^{Nickel}에 해당하기도 하지만, ‘사회권^{Nickel}’에 해당하기도 한다. 또한 특별 집단의 권리는 ‘국민’을 특별한 집단으로 볼 것인가에 따라 논문에서 언급된 비율이 달라지기 때문에 ‘국민’의 포함 여부에 따른 분석 결과를 각각 제시할 것이다.

우선, Nickel 분류 기준에 따라 351개 논문의 건강권 세부권리 내용을 분석한 결과, 특별 집단의 권리(국민 포함)(90.3%), 사회권(82.1%), 자유권(25.9%), 안전권(25.4%), 평등권(19.1%), 적정절차의 권리(18.5%), 참정권(9.1%)의 순으로 많이 나타났다(부록 3의 <표 41>). 여기서 2순위인 사회권과 3순위인 자유권 사이에는 격차가 컸다. 국민을 제외한 특별 집단의 권리의 경우 사회권 보다 조금 적게 언급되었다. 여기서 유념할 점은 개별 논문에서 특별 집단의 권리를 언급한 경우 그것만 언급하는 것이 아니라 전체 인구의 권리에 대한 내용도 함께 언급하기도 했다는 점이다.

개별 논문에서는 건강권 세부권리로 Nickel 분류 기준의 여러 가지 종류가 동시에 나타나기도 했다. 특별 집단 권리에 국민을 포함하여 개별 논문의 구성을 살펴보면 사회권과 특별 집단 권리를 요구한 논문(30.5%)이 가장 많았고 뒤이어 평등권·사회권과 특별 집단 권리를 요구한 논문(8.8%), 자유권·사회권과 특별 집단 권리를 요구한 논문(7.4%), 안전권·사회권과 특별 집단 권리(5.1%)를 요구한 논문 순으로 나타났다(부록 3의 <표 42>). 1순위와 2순위 사이에는 격차가 컸다. 특별 집단 권리에 국민을 제외하여 개별 논문의 구성을 살펴보면 전술한 결과에서 1순위와 2순위 사이에 사회권만 요구한 논문이 들어간 순위와

동일하다.

건강권의 세부권리 내용을 언급한 351개 논문 중에서 Nickel 분류 기준상 두 종류 이상의 권리를 언급한 논문의 비율을 살펴보면 특별 집단 권리에 국민을 포함할 경우 94.6%, 특별 집단 권리에 국민을 제외할 경우 78.6%로 나타났다. 전자의 경우 한 가지 종류만 언급한 5.4%의 논문에서 자유권만 요구한 논문과 참정권만 요구한 논문은 부재했다.

Nickel의 분류 기준 측면에서 개별 종류의 구체적인 서술 내용을 살펴볼 필요가 있다. 하지만 Nickel 분류 기준에서 자유권, 참정권, 사회권 내용은 각각 Rumbold 분류상의 자유권, 절차 요구 중 제도적 방식, 실체 요구 중 건강 관련 프로그램의 목록에서 Nickel 분류상의 안전권·적정절차 권리·평등권의 내용을 뺀 나머지와 거의 동일하다. 따라서 여기서는 Nickel 분류상의 안전권, 적정절차 권리, 평등권, 특별 집단 권리의 구체적인 내용을 살펴보고자 한다. 물론 Nickel 분류상의 평등권은 Rumbold 분류상 청구권의 절차 요구 중 우선순위 방식의 내용과 상당히 중복되긴 하지만 그렇지 않은 내용도 존재하기 때문에 여기서 다시 살펴본다.

우선, 건강권의 세부권리 내용이 언급된 351개 논문의 25.4%에서 나타난 Nickel 분류상의 안전권 내용은 노동과 관련된 내용이 월등히 많았고 뒤이어 식품, 환경, 의학, 생명과학, 폭력 등의 순으로 관련된 내용이 많았다(부록 3의 <표 43>). 건강권의 세부권리 내용이 언급된 논문의 18.5%에서 나타난 Nickel 분류상의 적정절차 권리 내용은 의료사고·과오·분쟁, 의료행위, 노동, 기본권 제한, 환경, 식품, 의료광고 등의 순으로 관련된 내용이 많이 나타났고 한 개 논문에서만 나타난 기타 내용도 제법 많았다(부록 3의 <표 44>). 건강권의 세부권리 내용이 언급된 논문의 19.1%에서 나타난 Nickel 분류상의 평등권 내용은 의료와 보건의료와 관련된 내용이 월등히 많았고 분야를 특정하지 않은 일반 내용, 건강권, 건강 불평등 등에 관련된 내용이 일부 나타났다(부록 3의 <표 45>). 평등권의 경우 어떤 분야인지뿐만 아니라 특정 인구집단에 대한 언급이 있는지, 혹은 신분, 지위, 재산, 성별 등과 같은 조건에 대한 언급이 있는지도 함께 살펴볼 필요가 있다. 일례로 “이주노동자들이 신분 제약 없이

자유롭게 보건소를 이용할 수 있도록” 요구한 경우 보건소(보건의료) 이용이라는 분야뿐만 아니라 이주노동자라는 특정 인구집단, 신분 제약이 없어야 한다는 조건을 함께 살펴야 평등권의 내용을 제대로 이해할 수 있다. 하지만 평등권의 내용을 언급한 논문 가운데 20% 정도만이 분야, 특정 인구집단, 조건 세 가지를 모두 언급했다는 점을 유념할 필요는 있다. 건강권의 세부권리 내용이 언급된 논문의 90.3%에서 나타난 Nickel 분류상 특별 집단 권리(국민 포함)의 내용은 국민이 월등히 많았고 이에 훨씬 못 미치지만 뒤이어 노동자, 환자, 여성, 이주민, 빈곤층, 아동·청소년 등의 순으로 많이 나타났다. 특정 집단 권리(국민 포함)를 언급한 논문의 1/3 정도는 복수의 특정 집단을 언급하였고 평균 2.4개의 특정 집단을 언급하였다(부록 3의 <표 46>).

7가지 Nickel의 분류 기준 측면에서 개별 논문이 건강권 세부권리 내용으로 가장 다양한 종류를 포함한 경우는 안전권, 적정절차의 권리, 자유권, 참정권, 사회권, 특별 집단 권리(국민 포함)까지 총 6가지를 포함한 2개 논문이다. 이중 한 개 논문의 건강권 세부권리 내용을 요약하여 제시하면 다음과 같다. 참고로 대괄호 안에 기입한 Nickel 분류 기준은 저자의 분석 결과이다.

산업안전과 노동자 건강권 문제는 보상 문제보다 재해예방 중심으로 취급하고 노사간 협상보다 보편적 규제에 치중해야함[특별 집단 권리1, 안전권], 비정규 노동자 건강권 위해 산업 차원의 연구와 투쟁 병행 필요[특별 집단 권리2, 자유권], 단위 사업장 차원의 비정규직 노동자 의견 반영 제도 마련과 작업환경개선과 비정규직 산재예방 요구안 제시 필요[참정권], 보편적 건강권 위해 사내하청 관련하여 원청 사업주의 법률적 책임 강화와 유해위험 작업에 대한 직접고용 원칙 법제화 필요[적정절차의 권리], 비정규직 노동자의 산업안전보건 실태조사와 정부차원의 정책수립[사회권]. (문헌 189)

‘2013 건강권 서울시민회의’의 건강권 세부권리 - Nickel의 인권 분류 기준

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 건강권 세부권리 내용을 수정한 Nickel의 인권 분류 기준에 따라 분석한 결과, 평등권과 사회권의 언급 비율은 건강권 논문과 엇비슷했으나 자유권은 일반시민에게서 더 많이 언급되었고 안전권, 적정절차의 권리, 참정권, 특별 집단의 권리는 건강권 논문에서 더 많이 언급되었다(부록 3의 <표 47>).

학술 논문에서와 마찬가지로 Nickel 분류상의 자유권, 참정권, 사회권의 내용을 제외하고 안전권, 적정절차의 권리, 평등권, 특별 집단의 권리의 내용을 살펴보고자 한다. 일반시민은 건강권 세부권리로서 안전권과 적정절차의 권리를 각각 한 번만 언급했는데, 둘 다 동일한 분석 자료에 담긴 내용으로 위험한 건물에 대한 안전한 주거 공간 지원을 요구함과 동시에 그렇지 않은 건물주에게 법적 조치가 가능하도록 요구하였다. 일반시민의 안전권과 적정절차의 권리로서의 내용은 건강권 논문에 비해 언급 비율도 많이 낮았지만 건강권 논문에서 안전권의 내용으로 노동과 관련된 주장이 많았던 점, 적정절차의 권리의 내용으로 의료사고·과오·분쟁, 의료행위, 노동, 기본권 제한 등과 관련된 주장이 나타났던 점과 차이가 난다. 일반시민은 건강권 세부권리로서 평등권을 건강권 논문과 엇비슷한 비율로 언급하였지만 분야를 특정하지 않은 일반 내용, 의료, 문화, 주거에서 여러 번 언급했고 교육, 노동, 소득, 주거, 에너지에서 한 번씩 언급했다. 이는 건강권 논문에서 보건의료와 관련된 내용이 월등히 많았고 분야를 특정하지 않은 일반 내용, 건강권, 건강 불평등 등에 관련된 내용이 일부 나타난 것과 차이가 난다. 일반시민이 건강권 세부권리로서 특별 집단의 권리를 언급한 경우에는 모두 쪽방주민을 언급하였고 그 중 한 번은 서울시민을 함께 언급하였다. 진술한 일반시민의 건강권 세부권리 내용은 쪽방주민 건강권에 대한 숙고를 진행한 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 특수성이 반영되었다고 볼 수 있다.

건강권 논문처럼 개별 분석 자료에서는 Nickel 분류 기준의 여러 가지 종류가 동시에 나타나기도 했다. 일반시민의 개별 분석 자료를 분석한

결과, 사회권과 특별 집단 권리를 요구한 논문, 사회권만 요구한 논문, 자유권만 요구한 논문, 자유권·사회권과 특별 집단 권리를 요구한 논문 등의 순으로 나타났다(부록 3의 <표 48>). 학술 논문 역시 사회권과 특별 집단 권리를 요구한 논문이 가장 많았지만 일반시민에게서 자유권만 요구하거나 자유권이 포함된 요구가 높은 순위에 나타난 것은 학술 논문과 다르다.

Nickel의 인권 분류 기준에 따른 건강권 세부권리 내용에 대한 소결

Rumbold의 분석 틀은 건강권 세부권리 내용에 대한 체계적 이해에 기여하지만 보다 직관적인 내용 이해에는 한계가 있다. 따라서 Nickel의 인권 분류 기준을 수정하여 추가적인 분석을 수행하였다. Nickel 분류기준에 의한 분석은 Rumbold 분류상 청구권의 실체 요구 중 건강 관련 프로그램 목록을 사회권, 안전권, 적정절차의 권리, 평등권으로 보다 세분하여 이해하는 데 기여한다. 또한 건강권 세부권리 내용에서 언급된 특별집단을 이해하는 데 유용하다.

Nickel 분류기준에 따른 분석 결과, 국내 학술 논문의 건강권 세부권리 내용은 특별 집단 권리(국민 포함), 사회권, 자유권, 안전권, 평등권, 적정절차의 권리, 참정권의 순으로 나타났다. 안전권의 내용은 노동과 관련된 내용이 월등히 많았고 뒤이어 식품, 환경, 의학, 생명과학, 폭력 등의 순으로 관련된 내용이 많았다. 적정절차 권리의 내용은 의료사고·과오·분쟁, 의료행위, 노동, 기본권 제한, 환경, 식품, 의료광고 등의 순으로 관련된 내용이 많았다. 평등권의 내용은 보건의료와 관련된 내용이 월등히 많았고 분야를 특정하지 않은 일반 내용, 건강권, 건강 불평등 등에 관련된 내용이 일부 나타났다. 건강권 세부권리 내용에서 언급된 특별집단은 국민이 월등히 많았고 뒤이어 노동자, 환자, 여성, 이주민, 빈곤층, 아동·청소년 등의 순으로 나타났다.

Nickel 분류기준에 따른 분석 결과, ‘2013 건강권 서울시민회의’의 일반시민들이 언급한 건강권 세부권리 내용은 학술 논문에 비해 자유권에

대한 관심이 더 높았고 안전권, 적정절차의 권리, 참정권, 특별 집단의 권리에 대한 관심이 더 낮았다. 사회권과 평등권의 경우 일반시민과 건강권 논문에서의 관심이 비슷했다. 내용적 측면에서는 일반시민이 주거 영역에서 안전권과 적정절차의 권리를 언급한 점과 의료와 유사한 정도로 일반 내용, 문화, 주거 등에서 평등권을 언급한 점은 학술 논문과 달랐다. 이러한 차이는 일반시민이 쪽방주민의 건강권에 대한 숙고를 진행한 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 특수성과 연관되어 보인다.

전술한 결과에서 알 수 있듯이, Rumbold 분류 상의 건강 관련 프로그램 요구는 Nickel 분류 기준의 안전권, 적정절차의 권리, 평등권 내용을 통해 더욱 상세히 이해할 수 있다. 한국 사회의 건강권 세부권리 내용으로서 안전권, 적정절차의 권리, 평등권 요구는 보건의료 영역을 넘어서 노동, 식품, 환경, 생명과학, 폭력, 문화, 주거 등 다양한 영역에서 나타나고 있음을 알 수 있다. 물론 그럼에도 여전히 보건의료 영역에서의 요구가 다수이긴 하지만, 향후 보다 다양한 영역에서 한층 더 많은 요구를 하기 위해서는 건강 관련 프로그램을 사회권뿐만 아니라 안전권, 적정절차의 권리, 평등권으로 요구하는 것에 관심을 높여야 한다. 일차적으로 부록에 소개된 분석 결과를 참고할 필요가 있다.

한편, 적정 절차 권리의 경우 기본권 제한과 관련된 세부권리 내용은 건강권과 타 인권 사이의 관계 측면에서 다루어질 수 있는 내용이다. 따라서 Nickel 분류 기준에 따른 건강권 세부권리 분석 결과에서도 건강권 요소와 건강권과 타 인권 사이의 관계가 상호배타적이지 않고 중복될 수 있음을 확인하였다.

국제법상 건강권 개념 측면에서 사회권규약 제12조 2항에는 모성 건강과 아동 건강에 대한 조치를 요구하고 있지만 Nickel의 분류 기준으로 분석한 결과, 한국 사회의 건강권 세부권리는 이들에 대한 관심은 낮았다. 구체적으로, 국내 학술 논문은 90% 이상 특별 집단을 언급하였으나 여성과 아동에 대한 관심이 10% 미만으로 낮게 나타났고 일반시민은 특별 집단으로 쪽방주민을 많이 언급했지만 쪽방주민 중 여성과 아동을 특정하여 언급하진 않았다. 이는 Rumbold 분류상의 분석 결과와 마찬가지로

다. 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 국내 학술 논문과 일반시민 양쪽에서 건강권 세부권리로서 Nickel 분류 기준의 참정권이 가장 관심을 보였다는 점은 권력 재조정이 제대로 강조되고 있지 않다고 볼 수 있다. 한편, Nickel 분류 기준의 특별 집단 권리 분석을 통해 건강권 세부권리 내용은 특별 집단의 건강권을 다룰 경우 그것의 특수성이 반영되는 경향을 확인하였다. 국가별 맥락에 따라 요구되는 건강권 세부권리 내용이 다를 수 있다는 점을 보태면, 건강권의 다른 요소에 비해 건강권 세부권리 내용은 시간, 장소, 제도, 인구 집단, 자원 등에 따라 상이할 것이다. 그럼에도 정도의 차이는 있을 수 있겠지만, 국제법상 건강권 개념이나 건강권의 핵심적 존재의의가 반영되는 건강권 세부권리는 공통적으로 요구될 수 있고 요구되어야 할 것이다.

③ 세부권리 - 논란의 여지가 있는 내용의 분석 결과

건강권에 관한 학술 논문의 논란 여지가 있는 건강권 세부권리

건강권이란 규범에 근거하여 요구할 수 있는 내용으로서 논란의 여지가 있는 것으로 보이는 17개 논문의 건강권 세부권리 내용을 살펴보고자 한다. 논란의 여지가 있다는 것은 액면 상 건강권 보장을 위한 요구로서 주장되었지만 실제로는 민영화나 규제 완화 등과 같은 신자유주의 전략을 주장하면서 건강권 요구인 것처럼 합리화했거나 시장원리와 함께 추구할 수 있는 건강권으로 그 개념을 축소하여 전제한 경우를 의미한다. 이러한 내용은 구체적으로 네 가지 범주, 영리를 추구하는 민간 영역이나 산업 차원의 역할 인정, 개인의 자력화나 주체성 측면에서 민주주의적 통제 보다 교환관계에서의 개인 선택과 결정에 주목, 의료인의 기본권과 선택의 자유(재량권) 강조, 접근성 제고나 사적 계약 존중을 위한 규제 완화로 나눌 수 있다. 가장 많은 10개 논문에서 나타난 영리추구의 민간 영역 역할 인정은 다시 4가지 하위 범주, 즉 건강권 보장 위한 공공 영역과 민간 영역(양질의 서비스)의 역할 분담, 건강권 보장 위

한 민간 영역의 공공 영역 보완, 민영화 위한 대비와 보완으로서 공공 영역의 건강권 보장, 시장원리와 함께 건강권 추구로 나눌 수 있으며, 세 번째 하위 범주의 빈도가 가장 높았다. 논란의 여지가 있는 건강권 세부 권리를 요구한 17개 논문의 화제(논문명)와 각 논문의 건강권 세부 권리 내용에 문제가 있는 이유는 부록에서 함께 제시하였다. (부록 3의 <표 49>).

논란의 여지가 있다는 판단을 하기 위해서는 전체 맥락이나 전제조건을 잘 살펴봐야 한다. 일례로 건강 관련 프로그램의 충분성 조건으로 건강보험 보장성 80% 수준을 요구한 논문이 논란의 여지가 있다고 판단한 이유는 영리병원 허용을 반대하는 여타 논문과 달리 영리병원 허용을 암묵적으로 인정하는 맥락에서 건강보험 보장성 80% 수준을 요구했기 때문이다. 또 다른 예로 건강권 보장을 위해 민간의료보험이나 영리의료법인의 역할이 필요하다고 주장한 논문들은 민간의료보험이나 영리의료법인이 양질의 서비스에 기여함으로써 건강권을 보장한다고 전제하였는데 이는 ‘양질’의 정의가 무엇인지 알 수 없는데다가 기존의 경험적 연구 결과에 어긋나는 사실을 전제하고 있으며 건강권의 필수요소인 가용성·접근성·수용성·질 가운데 다른 요소에 대한 영향은 고려하지 않고 질만 고려할 수 있다는 잘못된 접근법을 전제하고 있기 때문에 논란의 여지가 있다고 판단했다. 한편 개별 논문의 건강권 세부 권리 내용에는 논란의 여지가 있는 내용과 논란의 여지가 없는 내용이 혼재되어 있기도 했다.

논란의 여지가 있는 건강권 세부 권리를 요구한 17개 논문은 Rumbold의 분류상으로는 자유권이면서 적극적 청구권인 유형이거나 적극적 청구권 유형이었는데 후자가 더 많았고 Nickel의 7가지 분류상으로는 다양했는데 특히 사회권과 특별 집단 권리를 요구한 논문이 많았다(부록 3의 <표 50>). 청구권적인 건강권 세부 권리 내용으로 건강 상태에 대한 요구는 17개 논문에서 전무했다. 건강 관련 프로그램의 충분성 요구와 관련해서는 일부 논문에서 충분성 기준으로 건강보험 보장성 80% 수준 보장, 필수적 혹은 필요한 양의 의료를 제시하였지만 영리를 추구하는 민

간 영역의 역할을 인정하거나 교환관계에서의 개인 선택과 결정에 주목한 맥락에서 요구되었다. 건강 관련 프로그램의 목록화 방식의 요구는 17개 논문 모두에서 나타났고 대부분의 논문이 논란의 여지가 있는 항목을 포함하고 있었다. 건강 관련 프로그램의 결정규칙 방식의 요구는 17개 논문에서 전무했다. 청구권적인 건강권 세부권리 내용으로 절차에 대한 요구가 일부 논문에서 나타났는데 우선순위 방식으로는 보건의료 공공성 강화나 균등한 보건의료 접근·자원향유·진료수준을 제시되었지만 민영화 대비와 보완을 위한 공공 영역의 건강권 보장을 요구한 맥락에서 요구하였다. 또한 제도 방식으로는 건강보험 국민 참여를 요구했는데, 이는 건강권 보장을 위해 민간 영역이 공공 영역을 보완해야 한다는 맥락에서 요구하였다.

개별 논문에서의 보다 구체적인 서술 내용을 살펴보기 위해 문제의 원인으로 개별 논문의 건강권 세부권리 내용을 요약하여 제시하고자 한다. 우선 건강권 세부권리 내용으로 규제완화를 포함하여 논란의 여지가 있는 논문은 다음과 같다.

잘못된 의료광고는 국민의 건강권에 심각한 침해가 있을 수 있다는 측면을 감안하면 의료제품이나 의료서비스에 있어서 광고의 객관성과 신뢰성은 보다 강하게 담보되어야 함. (현재의 의료광고 사전심의제도가 아닌) 사후규제를 하더라도 잘못된 의료광고에 대해 철저하게 모니터링 한다면 그러한 광고로 인해 침해될 수 있는 국민의 건강권을 효과적으로 지켜낼 수 있음. (문헌 289)

의약품 분류 및 그에 따른 약사의 주의의무, 약국 외 일반의약품 판매 제도의 도입과 제도개선의 방향은 의약품 접근성 제고 통한 건강권 확보 측면에서 고찰해야. 소도시 거주 국민이 응급상황 대비로 일반의약품 구매 가능하도록 국가 차원의 정책 지원 필요, 그 대안 중 하나로 ‘일반의약품의 약국 외 판매’ 가능, 우리 실정에 맞게 정착시켜야. 약국과 약사가 없는 기초행정구역에 의약품 취급 가능한 곳 지정해야. (문헌 303)

다음으로 건강권 세부권리 내용으로 규제완화와 교환관계에서의 개인 선택과 결정을 중시하는 내용을 포함하여 논란의 여지가 있는 논문은 다음과 같다.

건강보험법(필수적 혹은 보편적 진료 보장해야)은 국민 개개인의 건강권과 이를 유지 위한 국민의 적절한 치료를 받을 권리(=수진권=보건권≡필수적&보편적 진료)를 제약해선 안 됨->건강보험법은 요양급여에 관한 사항만 규율해야 하며 국민의 수진권을 침해하지 않기 위해 건강보험과 무관한 의료서비스 이용은 의료인-환자간 사적 계약에 맡겨야. 대법원의 임의비급여 진료 행위 제한적 인정 판결을 고려해 건강보험 체계상 관련 규정 개선해야(의료 수준: 필수, 보편, 양질). (문헌 352)

다음으로 건강권 세부권리 내용으로 교환관계에서의 개인 선택과 결정을 중시하는 내용을 포함하여 논란의 여지가 있는 논문은 다음과 같다.

셀프메디케이션(일반인이 건강상의 문제가 있을 때 의사의 처방이 필요 없는 약을 스스로 선택하여 복용함으로써 건강문제에 대처하는 행위)을 활성화하여 국민의 건강권 확대. (문헌 060)

여러 헌법적 문제점 야기하는 현행 행위자 중심의 의료행위 규정 체계를 구체적 행위 중심의 규율 체계로 변경해야-> 이를 위해 국가 면허 중심의 의료 체계 전반에 대한 근본적 손질 필요, 이게 당장 어렵다면 국가 중심 구도 하에 국민의 직업선택 자유와 의료행위 선택권 보장하는 규범 체계 확대해야. [환자 건강권] 생명 단축이 임박한 환자의 경우 제도권 의학에서 희망이 없는 경우 의료행위에 대한 선택권이 적극적으로 넓어져야 함. (문헌 373_11)

다음으로 건강권 세부권리 내용으로 건강권 보장 위한 공공 영역과 민간 영역(양질의 서비스)의 역할 분담을 통해 영리를 추구하는 민간 영역

의 역할을 인정하는 내용을 포함하여 논란의 여지가 있는 논문은 다음과 같다.

국민의 건강과 건강권 보장을 위한 국민건강보험과 민간의료보험의 역할 간 재정립 논의가 필요 -> 전 국민 강제가입으로 이루어진 현 제도의 이점을 살리고 국민건강보험 보장성을 강화하여 서민의 경제적 부담을 줄이며 민간의료보험은 양질의 의료서비스를 보장하여 경제성장에 이바지하도록 하는 것이 바람직. 건강보험의 적절한 본인부담금 산정 위해 의료서비스에 대한 가입자의 필요 파악 절차 선행되어야 함. (문헌 098)

국민의 건강권과 밀접한 관련이 있는 보건의료서비스의 질 향상과 기타 등등을 위해 의료법인 관련 의료법 및 조세법 규정 정비 필요->의료법이나 조세법에 의료법인의 형태를 영리법인과 비영리법인으로 구분하여 규정 & 세부 규정 준비(영리법인 형태 허용), 의료법인의 비영리성 여부의 판단 가능한 제도적·법적 뒷받침 필요. 의학기술의 발전->의료서비스 질 향상->국민의 건강권 좀 더 확실히 보장. 의료법인에 대해 조세법상 일정한 혜택 부여 바람직. (문헌 194)

다음으로 건강권 세부권리 내용으로 건강권 보장 위해 민간 영역이 공공 영역을 보완함으로써 민간 영역의 역할을 인정하는 내용을 포함하여 논란의 여지가 있는 논문은 다음과 같다.

의료서비스체계 개선. 보건의료에 대한 국민 알권리와 선택결정권 등. 의료소비자 권리. 국민보험공단의 보건행정서비스(건강검진정책, 가입자보호정책 중심 국민건강보험공단의 기능·역할 관련 정책 인식, 가입자의 대변인 역할). 공보험의 취약한 보장성 보완 위해 민영보험의 참여 보장. 건강보험에 국민 참여 제도화. 가입자들의 인식도와 욕구조사 정례적 수행. 보험자의 장기적 제도발전 계획과 지속가능한 건강보험정책 인프라 구축. (문헌 006)

장애인 건강권을 근본적으로 위협하는 상법 제732조(심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다)의 조속한 개정을 통해 의료적 욕구가 더 많은 장애인의 보험에 대한 권리가 보장되어야 함. (문헌 028)

다음으로 건강권 세부권리 내용으로 민영화의 대비와 보완을 위해 공공 영역의 건강권 보장 내용을 통해 민간 영역의 역할을 인정하는 내용을 포함하여 논란의 여지가 있는 논문은 다음과 같다.

[저자가 의료시장 개방, 의료허브 전략의 시작 위해 국민 건강권 확보와 사회안전망 공공히 하기 위한 발전방안으로 제시]의료기관의 국제 경쟁력 강화, 의료정보제공 강화, 의료기관간 네트워크 활성화, 공보험(질병보장·건강증진 기능)과 민간보험(장기요양, 노령보험, 소득보전보험 등)의 합리적 역할 정립 선행, 원격의료분야의 활성화, 소비자 중심의 e-health 활성화, 급여범위 확대 통한 건강보험 보장성 강화, 영리의료법인 허용에 대비, 공공의료기관 확충과 공공보건의료 양성. (문헌 080)

영리병원 허용의 보건의료 발전에 직간접적인 영향 분석 & 평가, 보완체계 마련 선행. 의료공공성 강화, 병원 돈벌이 규제, 전 국민의 병원비 걱정 없는 치료 가능한 의료체계 구축. 건강권 관련 국가 역할 확대->건강보험 보장수준 80%로, 공공보건의료기관 확대, 전국민주치의제도, 대학병원의 교육·연구병원 기능 수행에 정부 지원 & 상업 활동 제약, 공공재원 활용 의료서비스 질 개선, 인력 확충, 중소병원 지원. (문헌 114)

지방정부가 지역경제 활성화를 위해 규제완화를 하는데 있어서 보건의료와 같이 지역주민의 다수에게 영향을 주는 분야에 대해선 주민의 건강권을 보호하는 방안도 동시에 제시하여야 주민의 수용성이 높아질 것임->따라서 제주도의 영리의료법인 도입으로 인해 침해될 수 있는 주민 건강권 보호 방안도 동시에 제시되어야 주민의 수용성이 높아질 것임. (문헌 299)

국민이 보건의료 서비스에 개인 신분이나 재산에 관계없이 균등하게 접근, 인력·시설·장비 등 보건의료자원을 균등히 향유, 기본적으로 필요한 양의 필수적인 서비스를 받고 진료수준 차이를 배제할 권리. 국가의 보건의료정책은 기본적으로 국회에 의해 법률의 형식으로 규율되어야 함. 의료법인의 수익성 추구 방식과 범위의 전환*확대 조치는 그 위험에 대한 신중한 고려 및 철저한 대비, 공공보건의료기관의 충분한 확충과 기능 회복 전제되어야. (문헌 373_14)

다음으로 건강권 세부권리 내용으로 시장원리나 효율성 제고 추구하고 함께 건강권을 추구함으로써 민간 영역의 역할을 인정하는 내용을 포함하여 논란의 여지가 있는 논문은 다음과 같다.

시장원리나 효율성제고와 함께 국민의 건강권 확보에 차질이 없도록 응급의료 등 필수의료서비스 제공 및 의료의 안전망 확보 방안 등이 이루어져야 할 것. (문헌 271)

“의료행위는 국민의 생명·신체에 직결되고 건강권의 보호라는 특성이 존재하므로 규제가 필요하다. 그러나 의료행위가 기본적으로 환자라는 의료소비자에 대해 의료인이 의료서비스를 제공한다는 측면과 이를 토대로 의료시장이 생성되고 경쟁이 유발된 것이라는 현실을 감안하면, 의료행위도 영리성 측면을 구비하고 있음을 부인할 수 없고... 시장의 기본적 질서를 해하지 않는 범위 내에서 환자에 대한 의료서비스 경쟁이 일부 허용되어야 한다는 점도 고려되어야 한다.” (문헌 319)

다음으로 건강권 세부권리 내용으로 의료인의 권리(기본권, 선택의 자유 등)를 중시함으로써 민간 영역의 역할을 인정하는 내용을 포함하여 논란의 여지가 있는 논문은 다음과 같다.

의사가 아닌 사람의 의료 행위를 규제(의료법상 의료인 면허제도). 국가가 사회정책적 입법을 통하여 ‘의료 인프라’를 설정(보충설명: 저자는 무면허 의료 행위 금지는 합헌이라 보고, 요양기관 당연지정제는 의료인의 기본권을 과잉 금지하는 헌법 불합치로 봄). (문헌 217)

(우리나라의) 현행 의약품사용평가(DUR)제도 관련 고시는 환자의 건강권과 의사의 진료권 침해 우려 존재->전문적 지식과 기술을 갖춘 의사에게 선택의 자유, 즉 재량권 인정 필요. 국내 현실에 부합하는 한국형 의약품사용평가(DUR)체계 구축 필요(한국인의 약물반응에 대한 데이터 축적과 이를 근거로 한 합리적·과학적인 의약품 사용평가 수행), 병용금기나 연령금기에 해당되는 의약품 항목을 공개하여 의사의 처방 지원 시스템으로 활용하는 방안 고려 필요. (문헌 281)

학술 논문에서 나타난 논란의 여지가 있는 건강권 세부권리에 대한 소결

건강권이란 규범에 근거하여 요구할 수 있는 내용으로서 논란의 여지가 있는 것으로 보이는 건강권 세부권리 내용이 17개 논문에서 나타났다. 이들 논문은 건강권을 근거로 세부권리를 언급하였지만 영리 추구하는 민간 영역의 역할 인정, 개인 자력화나 주체성 측면에서 민주주의적 통제 보다 교환관계에서의 개인 선택과 결정에 주목, 의료인의 기본권과 선택의 자유 강조, 접근성 제고나 사적 계약 존중을 위한 규제 완화를 주장하는 맥락에서 언급하였다. 따라서 논란의 여지가 직접 드러나는 건강 관련 프로그램의 목록뿐만 아니라 보건의료 공공성 강화나 건강보험 보장성 80%수준 보장 등과 같이 액면으로 판단하기 어려운 세부권리 내용을 판단하기 위해서는 개별논문의 전체 맥락이나 전제조건을 잘 살펴 봐야 한다.

(3) 건강권의 작동방식

① 건강권에 관한 학술 논문의 건강권 작동방식

앞서 평등과 차별금지, 법·규정에 근거한 접근방식, 자율성과 자기결정, 인도주의와 평화적 방식, 민주적 원칙(참여와 책임성), 공동체 배려와 사회 전체의 복리 고려라는 인권의 작동방식을 소개하였다(조효제, 2007: 99-100). 건강권 역시 인권으로서 이러한 작동방식을 고려할 필요가 있는데, 건강권의 맥락을 고려하여 2000년 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에서 건강권 실현 과정에 필요한 것으로 언급된 평등과 차별, 참여, 모니터링과 평가, 책무성, 제3자의 건강권 인식이나 관련 활동을 건강권의 작동방식으로 포함하였다. 여기서 다른 개념은 따로 설명이 필요 없겠지만 책무성(accountability)에 대해서만 한 번 더 언급하면 책무성은 책임(responsibility), 반응성(responsibility), 응답가능성(answerability), 평가(evaluation)와 다른 개념으로 정부가 건강권에 대한 의무를 어떻게 이행하였는지를 보여주고 설명하고 확인시키는 과정이고, 교정(remedies)할 것을 설명하고 제시해야 하는 법적 강제를 포함한다. 참고로 이 분석에 포함되는 내용은 건강권에 한정하여 언급된 내용임을 밝혀 둔다.

전체 386개 건강권 논문 중에서 진술한 건강권의 작동방식을 한 가지 이상 언급한 논문은 47.2%인 182개로 나타났다. 1990년-2014년 건강권 논문의 증가 추세에는 못 미치지만 건강권 작동방식을 언급한 논문도 증가 추세를 보였다. 특이하게도 2001년에 큰 폭으로 증가한 이후 약간 감소한 상태에서 유지되다가 2007년 이후증가 추세를 보였는데, 2001년을 제외하면 지속적인 증가 추세를 보였다고 할 수 있다.

건강권의 작동방식을 언급한 182개 논문 중에서는 1가지 작동방식만 언급한 논문은 104개, 2가지 작동방식을 언급한 논문은 55개, 3가지 작동방식을 언급한 논문은 18개, 4가지 작동방식을 언급한 논문은 3개, 5가지 작동방식을 모두 언급한 논문은 2개로 나타났다. 개별 건강권 작동방식

측면에서 살펴보면, 평등과 비차별은 125개 논문에서, 참여는 43개 논문에서, 모니터링과 평가는 38개 논문에서, 책무성은 6개 논문에서, 제3자의 건강권 인식과 관련 활동은 78개 논문에서 언급되었다.

우선 건강권의 작동방식으로 평등과 비차별을 언급한 125개 논문에서 나타난 구체적 내용을 살펴보면, 평등과 비차별의 대상으로 건강(4개 논문), 건강과 건강권(5개 논문), 건강과 보건의료(2개 논문), 건강권(67개 논문), 건강권과 보건의료(22개 논문), 보건의료(20개 논문), 보건의료와 건강 결정요소(논문 1개), 재생산 관련 대상(4개 논문)이 나타났다. 보다 구체적인 내용은 특정 인구집단에 대한 평등 대우와 차별금지를 언급하거나 성별, 인종, 경제 상태 등의 특정 기준에 따른 차별금지를 언급하였다(부록 3의 <표 51>). 하지만 평등과 비차별을 얘기하면서도 결과적으로는 국민에 한정하거나 건강보험 수급자에게 한정한 주장이어서 논란의 여지가 있는 내용도 존재하였다.

다음으로 건강권의 작동방식 중 참여를 언급한 43개 논문에서 나타난 구체적 내용을 살펴보면, 건강이나 보건의료와 같은 참여 부문, 권리·의사결정·운동과 같은 참여 방법, 국민이나 여성과 같은 참여 주체라는 세 가지 차원으로 분류할 수 있다(부록 3의 <표 52>). 생명과학기술에 대한 의사결정에 여성이 참여해야 하는 것처럼 참여 부문에서 건강권 보유자들이 참여주체로 언급되는 것으로 나타났다. 참여 부문으로는 특정 인구집단의 건강을 포함한 건강 부문과 보건의료가 대부분이었고, 참여 방법으로는 권리, 의사결정, 운동, 실행, 평가가 언급되었으며 참여주체로는 지역주민, 시민, 건강주체, 국민, 대중 등의 일반 인구집단뿐만 아니라 취약집단, 소수자, 환자, 비정규노동자, 여성 등과 같이 권력 측면에서 불리한 특정 인구집단도 언급되었다. 빈곤아동이나 아동·청소년의 건강을 위해서는 주민과 주부가 참여주체로 언급되었는데, 당사자인 빈곤아동, 아동, 청소년이 언급되지 않은 것은 아쉽다.

다음으로 건강권의 작동방식 중 모니터링과 평가를 언급한 38개 논문에서 나타난 구체적 내용을 살펴보면, 개별 논문에서는 모니터링과 평가의 ‘영역’ 차원과 모니터링과 평가의 ‘내용’ 차원 두 가지가 함께 언급되

었다. 모니터링과 평가의 영역 차원이란 특수 건강(5개 논문), 건강권(13개 논문), 특정 인구집단의 건강권(3개 논문), 보건의료(13개 논문), 사회권(1개 논문), 식품(1개 논문), 환경 보건(2개 논문) 영역이 존재하며 건강권 영역과 보건의료 영역이 가장 많이 나타났다. 모니터링과 평가의 내용 차원이란 모니터링과 평가의 기준, 방법, 제도, 필요성에 대한 언급을 의미하며 방법(17개 논문), 필요성(14개 논문), 기준(9개 논문), 제도(4개 논문) 순으로 그 언급이 많이 나타났고 개별 논문에서는 필요성과 방법이 함께 언급(4개 논문)되거나 기준과 방법이 함께 언급(2개 논문)되기도 하였다(부록 3의 <표 53>).

다음으로 건강권의 작동방식 중 책무성은 6개 논문에서 나타나 매우 적게 나타났다. 6개 논문의 구체적 내용을 살펴보면, 건강권 실현을 위한 국가, 정부, 입법자, 법원, 사회기관의 책무성이 필요함을 언급하고 있다. 실제 논문에서는 ‘accountability’를 ‘책무’나 ‘책무성’ 외에 ‘책임’이라고 번역하기도 하였다. 한 개 논문의 내용을 소개하면 다음과 같다.

투명하고 효과적이며 접근 가능한 책임(accountability) 메커니즘은 건강권 실현에 중요함, 일반적으로 권리는 의무를 요구하고 의무는 책임을 요구함, 책임은 건강권 주체에게 의무를 진 사람의 의무 수행 방식을 이해할 기회를 제공함, 책임은 어떤 일의 반복·변경 가능성을 밝히는 과정이고 합리적 균형이 공정하게 이뤄지는지의 확인 방법임, 보건의료체계에 다양한 유형의 책임장치(보건부 장관, 민주적으로 선출된 지역보건위원회, 공청회, 환자위원회, 영향평가, 사법 절차 등)가 존재함. (문헌 341)

마지막으로 건강권의 작동방식 중 제3자의 건강권 인식과 관련 활동을 언급한 78개 논문에서 나타난 구체적 내용을 살펴보면, 크게 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에 대한 소개 내용과 주장 내용으로 나눌 수 있다. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에 대한 소개 내용이란 건강권 실현에서 제3자의 존재, 제3자의 건강권 인식 현실, 제3자의 건강권 활동, 제3자의 건강권 운동을 소개한 내용을 말하고, 제3자의 건강권 인식과

관련 활동에 대한 주장 내용이란 건강권 실현에서 제3자의 역할을 규정하거나 제3자의 건강권 인식과 관련 활동의 필요성을 주장하는 내용을 말한다. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에 대한 소개 내용만 언급한 논문은 49개였고 주장 내용만 언급한 논문은 23개였으며 소개 내용과 주장 내용을 모두 언급한 논문은 6개였다. 우선 제3자의 건강권 인식과 관련 활동을 소개한 55개 논문의 내용을 살펴보면, 운동 소개(14개 논문), 제3자 존재 소개(7개 논문), 인식 현실 소개(3개 논문), 활동 소개(29개 논문), 인식 현실과 활동 소개(2개 논문)으로 구성된다.

제3자의 건강권 운동을 소개한 14개 논문의 구체적인 내용으로는 사회의 다양한 구성원과 조직들이 보건의료를 비롯하여 재생산, 학교급식, 식품, 서비스 노동, 핵 등의 다양한 영역에서 건강권 실현을 위한 인식과 활동을 해온 것으로 나타났다(부록 3의 <표 54>). 제3자의 존재를 소개한 7개 논문의 구체적인 내용으로는 유엔 건강권 특별보고관, 의사, 공무원수탁인, 의료소비자단체, 외국인노동자의료공제회 등이 나타났다(부록 3의 <표 55>). 제3자의 건강권 인식 현실을 소개한 5개 논문의 구체적인 내용으로는 제3자의 건강권 이해나 관심이 긍정적으로 보이는 현실을 언급하기도 했지만 미국 보수 세력과 국내 사용자의 왜곡된 건강권 인식 현실을 소개하였고 국내 의사협회의 이해관계 관철을 위한 수사(修辭)에 불과했던 건강권 쓰임새 현실을 언급하였다(부록 3의 <표 56>). 제3자의 건강권 활동을 소개한 31개 논문의 구체적인 내용은 노동자, 이주민, 아동, 여성, 빈곤층, 환자 등 취약집단의 건강권을 위한 다양한 제3자의 활동이 많이 나타났다(부록 3의 <표 57>).

지금까지 건강권 작동방식 중의 제3자의 건강권 인식과 관련 활동을 소개한 내용을 살펴보았고 이제부터 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에 대한 주장 내용을 살펴보고자 한다. 이러한 주장 내용을 언급한 29개 논문에서는 제3자의 건강권 인식과 관련 활동을 규정한 내용(2개 논문)과 제3자의 건강권 인식과 관련 활동의 필요성을 주장한 내용(27개 논문)이 나타났다. 먼저 규정 내용을 언급한 2개 논문의 구체적 내용은 의료기관의 공적가치가 건강권이라고 규정한 내용과 노동에서 건강권에

대한 사용자 책임을 규정한 내용이 나타났다.

다음으로 제3자의 건강권 인식과 관련 활동의 필요성을 주장한 27개 논문의 구체적 내용을 살펴보면, 제3자의 건강권에 대한 활동뿐만 아니라 건강권 자체에 대한 인식, 의식, 관심을 촉구하는 주장이 상당함을 알 수 있다(부록 3의 <표 58>). 특히 사업주와 보건의료인의 건강권에 대한 인식이 필요하다고 강조되었고 이주노동자 건강권과 관련해서는 관계자뿐만 아니라 우리 사회, 우리 모두가 보편 인권으로 수용하는 노력이 필요하다고 강조되었다. 또한 우리 사회의 취약계층에 대한 건강권 인식과 관련 활동이 필요한 것으로 많이 강조되었는데, 이뿐만 아니라 보건 관련 인프라가 부족한 타국 국민의 건강권까지 고려한 사업 실행도 강조되었다.

② ‘2013 건강권 서울시민회의’의 건강권 작동방식

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 시민패널이 작성한 분석 자료 중 건강권의 작동방식을 한 가지 이상 언급한 분석 자료는 8개(20.0%)였고 이는 1990년-2014년 건강권 논문(47.2%)에 비하면 절반 이하의 비율을 보였다. 일반시민이 언급한 건강권의 작동방식을 개별범주로 살펴보면 모니터링과 감시, 책무성은 전혀 언급되지 않았고 제3자의 건강권 인식과 관련 활동(5개 분석 자료), 참여(2개 분석 자료), 평등과 비차별(2개 분석 자료) 순으로 언급되었는데, 이는 평등과 비차별, 제 3자의 건강권 인식과 관련 활동, 참여, 모니터링과 평가, 책무성 순으로 언급된 건강권 논문에서와 다른 양상을 보였다.

구체적으로 일반시민이 언급한 건강권 작동방식중 제3자의 건강권 인식과 관련 활동은 모두 쪽방주민의 건강권과 관련하여 언급되었고 쪽방주민의 건강권을 위해 쪽방촌의 조합과 공동체가 긍정적인 역할을 했다는 소개, 사회성원의 연대 노력과 쪽방촌의 다각화된 커뮤니티 조성이 필요하다는 주장, 역량 있는 많은 분들과 사회의 노력으로 쪽방 주민의 건강권이 개선될 것이라는 의견이 나타났다. 또한 일반시민이 언급한 건

건강권 작동방식 중 참여 역시 쪽방주민의 건강권과 관련하여 언급되었는데, 쪽방주민 건강권을 위해 당사자인 쪽방주민이 심의민주주의에 참여하도록 만드는 것과 주민자치기구가 필요하다는 주장이 나타났다. 또한 일반시민이 언급한 건강권 작동방식 중 평등과 비차별은 특정 인구집단의 건강권에 한정되지 않은 건강권을 대상으로 건강권은 개인이 차별받지 않아야 한다는 주장과 천부적 인권에 기반을 둔 보편적인 권리라는 규정이 나타났다. 개별분석 자료에서 제3자의 건강권 인식과 관련 활동과 참여 두 가지가 함께 언급된 1개 분석 자료를 제외하면 모두 한 가지 건강권 작동방식만 언급하였다.

③ 건강권 작동방식에 대한 소결

건강권 작동방식의 내용은 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용 양쪽에서 나타났다. 일반시민에 비해 학술 논문에서 상대적으로 많이 나타났고 일반시민은 모니터링과 평가, 책무성을 제외한 세 가지 작동방식만 언급하였다. 지난 25년간 한 가지 이상의 건강권 작동방식을 언급한 학술 논문은 지속적인 증가 추세를 보였다. 일반시민의 경우 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 숙의 과정이 진행된 이후 여러 단계에서 건강권 작동방식을 언급하였다. 전술한 결과를 통해 건강권 작동방식이 건강권의 필수적 요소임을 확인하였다.

학술 논문에서 언급된 건강권 작동방식은 평등과 비차별(32.4%), 제3자의 건강권 인식과 관련 활동(20.2%), 참여(11.1%), 모니터링과 평가(9.8%), 책무성(1.6%) 순으로 많이 언급되었다. 평등과 비차별의 경우 건강권에 대한 평등과 비차별 언급이 많이 나타났다. 참여의 경우 건강 부문과 보건의료 부문에서 지역주민, 시민, 국민, 취약집단 등의 참여주체가 권리, 의사결정, 운동 등의 방법으로 참여가 필요하다는 내용이 언급되었다. 모니터링과 평가의 경우 건강권에 대한 모니터링과 평가 방법이 많이 언급되었다. 책무성의 경우 건강권 실현을 위해 국가, 정부, 입법자, 법원, 사회기관의 책무성이 필요하다고 언급되었다. 제3자의 건강권 인

식과 관련 활동의 경우 건강권 실현에서 제3자의 존재·인식·활동을 소개하는 내용과 건강권 실현에서 제3자의 인식·활동의 필요성을 주장하는 내용이 언급되었고 소개 내용이 주장 내용 보다 많이 언급되었다. 하지만 다섯 가지 작동방식을 모두 언급한 논문은 2편으로 전체 건강권 논문의 0.5%에 불과했다.

학술 논문에서 참여를 언급한 내용 중 빈곤아동이나 아동·청소년의 건강을 위해 주민과 주부만 참여 주체로 언급하고 당사자인 빈곤아동, 아동, 청소년은 언급하지 않은 점, 그리고 책무성을 언급한 내용에서 ‘accountability’를 ‘책무’나 ‘책무성’ 외에 ‘책임’이라고 번역하여 국문 용어의 비일관성 문제가 나타난 점은 지적할 필요가 있다.

일반시민에서는 세 가지 건강권 작동방식만 언급되었는데 그중 제3자의 건강권 인식과 관련 활동, 그리고 참여의 경우 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 특수성이 반영되어 쪽방주민 건강권과 관련하여 언급되었고 평등과 비차별의 경우 일반적인 건강권에서의 차별금지와 보편성이 언급되었다. 평등과 비차별이 가장 많이 나타난 학술 논문과 달리 일반시민에서는 제3자의 건강권 인식과 관련 활동이 가장 많이 나타나 차이가 있었다. 이러한 차이는 일반시민의 건강권 작동방식 언급 비율이 학술 논문의 절반 이하로 낮았던 점, 그리고 쪽방주민의 건강권에 대한 숙의를 포함한 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 특수성이 반영되었다는 점에서 기인하는 것으로 보인다.

한편, 학술 논문에서 나타난 건강권 작동방식의 구체적 내용에서 짐작할 수 있듯이 건강권 작동방식의 내용은 건강권의 세부권리 내용과 명확히 구분하기 어려운 측면도 존재한다. 예를 들면 건강권 작동방식 중 평등과 비차별, 참여는 각각 건강권 세부권리의 Rumbold 분류상 건강권에 대한 우선순위 요구, 제도적 요구와 겹칠 수 있다. 또한 건강권 작동방식 중 평등과 비차별, 참여, 건강권 인식과 관련 활동은 각각 건강권 세부권리에 대한 Nickel의 분류상 평등권, 참정권, 자유권과 중복될 수 있다. 또한 건강권 작동방식 중 건강권 인식과 관련 활동의 일부 내용은 건강권 의무담지자의 의무나 건강권 보유자의 임파워먼트로 접근할 여지가 있

다. 따라서 건강권 요소들이 상호 배타적인 것은 아니므로 이러한 중복이나 겹침은 자연스럽다고 볼 수 있다. 오히려 중요한 것은 관심 문제의 성격과 심각성, 그리고 해당 사회의 맥락에 따라 평등과 비차별, 참여, 모니터링과 평가, 책무성, 제3자의 건강권 인식과 관련 활동을 건강권의 세부권리 내용이나 건강권 의무담지자의 의무 내용으로 적극 요구할지 아니면 건강권 실현 과정에서의 원칙(건강권 작동방식)으로서 간주할지에 대한 판단일 것이다.

국제법상의 건강권 개념 측면에서 2000년 유엔 사회권위원회의 사회권규약 제12조에 대한 유권해석(일반논평 14호)에는 다섯 가지 건강권 작동방식이 모두 적시되어 있지만 지난 25년의 건강권 논문 가운데 2편만 다섯 가지 모두 언급하였고 세 가지 이상을 언급한 논문의 비중은 6.0%에 불과하였다. 일반시민의 경우 세 가지 이상의 건강권 작동방식을 언급한 경우는 부재했다. 또한 이들 다섯 가지 작동방식의 언급을 넘어 그 자체에 대한 보다 심층적인 논의, 예를 들면 개별 작동방식의 의미, 필요성, 논거, 정당화 등에 대한 논의는 대부분 부재했다. 따라서 국제법상 건강권 개념 측면에서 건강권 작동방식 내용이 한국 사회에 제대로 수용되었다고 보기 어렵다.

건강권 존재의의 측면에서 다섯 가지 건강권 작동방식은 인간 존엄, 권력의 재조정, 의무와 책무성 기제 모두에 연관된다. 평등과 비차별은 인간 존엄에 연관되고, 참여와 제3자의 건강권 인식·활동은 권력 재조정과 연관되며, 모니터링과 평가, 책무성, 제3자의 건강권 인식·활동은 의무와 책무성 기제와 연관된다. 이러한 건강권 작동방식은 건강권 요소 가운데 건강권의 핵심적 존재의의를 모두 담아낼 수 있는 요소로서 중요한 의미가 있다. 하지만 다섯 가지 작동방식이 골고루 다루어지지 않고 학술 논문에서 가장 많이 언급된 평등과 비차별과 가장 적게 언급된 책무성의 언급 비율은 20배 이상의 차이가 났으며 일반시민에서는 모니터링과 평가, 책무성은 언급되지 않았을 뿐만 아니라 언급된 작동방식의 내용이 건강권 존재의의와 연결하거나 이를 담아내는 심층적 논의가 부재했다. 따라서 건강권 존재의의 측면에서 건강권 작동방식은 매우 중요

하지만 한국 사회에서는 일부 건강권 작동방식에 편중되어 있어서 건강권 존재의의로서 건강권 작동방식은 제대로 반영되지 못하고 있다.

건강권에 대한 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용에서 건강권 작동방식을 전체적으로 평가하면, 건강권 요소로서 유의성이 확인되었지만 언급을 넘어선 심층적 논의는 많이 부족했고 국제법상의 건강권 개념과 건강권의 핵심적 존재의의가 한국 사회의 건강권 작동방식에 대한 내용에 제대로 반영되었다고 보기 어렵다. 건강권 작동방식은 건강권의 다른 요소, 즉 세부권리, 건강권 보유자, 건강권 의무담지자의 내용에 포함될 수도 있지만 건강권 실현 과정에서의 원칙으로서 중요한 역할이 있기 때문에 다른 요소와 상호배타적이지 않은 상태에서 독립적인 건강권 요소로 유의함이 확인되었다. 특히 건강권의 세 가지 핵심적 존재의의를 모두 담아내는 측면에서 건강권 작동방식은 중요성이 인정되며 다섯 가지 작동방식에 대해 골고루 주목하는 것이 필요하다.

(4) AAAQ

① 건강권에 관한 국내 학술 논문의 AAAQ

2000년 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에는 사회권규약 제12조의 규범적 내용 영역에서 “건강권의 모든 형태와 모든 수준에서 다음의 상호 연관되고 필수적인 요소를 포함한다. 이들 요소의 정밀한 적용은 특정 당사국의 주요한 조건에 의존한다.”라고 하면서 다른 사회권적 권리와 마찬가지로 가용성(availability), 접근성(accessibility), 수용성(acceptability), 질(quality)을 제시하고 있다(<표 3>). 가용성, 접근성, 수용성, 질은 각각의 영문 단어의 첫 글자를 따서 AAAQ으로 축약하여 표현하므로 필요시 AAAQ로 지칭하고자 한다. 네 가지 요소 가운데 접근성은 다시 비차별, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성으로 나뉜다. 건강권의 경우 AAAQ는 보건 시설·물품·서비스와 프로그램이

충족시켜야 할 요소라고 할 수 있다.

전체 386개 논문에서 가용성, 접근성, 수용성, 질 가운데 한 가지 이상 언급한 논문은 41.5%인 160개로 나타났고 네 가지 모두 언급한 논문은 6.7%인 26개로 나타났다. 가용성, 접근성, 수용성, 질 각각을 언급한 논문은 50개, 137개, 48개, 72개로 나타나 접근성이 가장 많이 언급되었다. 1990년-2014년 건강권 논문의 증가 추세에는 못 미치지만 AAAQ 중에서 한 가지 이상을 언급한 건강권 논문은 증가 추세를 보였고 특이하게도 2000년에 전후로 증가 추세를 보이다가 약간 감소한 이후 2000년대 후반부터 지속적인 증가 추세를 보였다. 하지만 AAAQ의 네 가지 요소를 모두 언급한 논문은 뒤늦은 2009년부터 본격적으로 등장하기 시작했다.

우선 보건 시설, 물품, 서비스, 프로그램의 가용성을 언급한 50개 논문의 구체적 내용을 살펴보면, 가용성이란 용어만 언급하거나 설명한 논문은 9개 나타났고 가용성이란 용어를 언급·설명하면서 구체적인 사례를 함께 언급한 논문은 11개가 나타났으며 구체적인 사례만 언급한 논문은 30개가 나타났다. 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호의 AAAQ 개념 틀에서 가용성이란 용어를 언급·설명하기도 했지만 다른 기준을 근거로 가용성이란 용어를 언급·설명하기도 하였다. 참고로 ‘availability’는 대부분 가용성으로 번역하였지만 일부에서 ‘이용가능성’으로 번역하기도 했다. 보건 시설·물품·서비스·프로그램의 ‘가용성’ 요소는 실제 논문에서 실태를 제시하고 평가하는 기준으로 활용되거나 현실 개선을 위한 목표나 지향으로 사용되었다. 이는 AAAQ의 네 가지 요소의 공통된 쓰임새라고 볼 수 있다.

다음으로 보건 시설, 물품, 서비스의 접근성을 언급한 137개 논문의 구체적 내용을 살펴보면, 접근성이란 용어만 언급하거나 설명한 논문은 6개 나타났고 접근성이란 용어를 언급·설명하면서 구체적인 사례를 함께 언급한 논문은 13개가 나타났으며 구체적인 사례만 언급한 논문은 118개가 나타나 대다수를 차지했다. 참고로 ‘acceptability’는 대부분 ‘접근성’으로 번역하였지만 일부에서 ‘접근가능성’으로 번역하기도 했다.

앞서 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 가용성, 접근성, 수용성, 질에서 제시하였듯이 접근성은 네 가지 하위 개념인 비차별, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성으로 구성된다. 보건 시설, 물품, 서비스의 접근성을 언급한 137개 논문 중에서 비차별을 언급한 논문은 80개, 물리적 접근성을 언급한 논문은 45개, 경제적 접근성을 언급한 논문은 80개, 정보 접근성을 언급한 논문은 29개로 나타나 정보 접근성에 대한 언급이 가장 적었다. 개별 논문에서는 이들 네 가지 하위개념이 중복되어 나타나기도 했는데, 하위 개념 언급 없이 포괄적으로 접근성을 언급한 논문이 가장 많이 나타났고 이어서 비차별과 경제적 접근성을 언급한 논문, 네 가지 하위개념을 모두 언급한 논문, 경제적 접근성만 언급한 논문, 비차별만 언급한 논문 등의 순으로 많이 나타났다(부록 3의 <표 59>). 또한 정보 접근성만 언급한 논문은 아예 나타나지 않았다.

다음으로 보건 시설, 물품, 서비스의 수용성을 언급한 48개 논문의 구체적 내용을 살펴보면, 수용성이란 용어만 언급하거나 설명한 논문은 11개 나타났고 수용성이란 용어를 언급·설명하면서 구체적인 사례를 함께 언급한 논문은 7개가 나타났으며 구체적인 사례만 언급한 논문은 30개가 나타나 구체적인 사례만 언급한 논문이 가장 많았다. AAAQ의 다른 하위 개념과 달리 ‘acceptability’는 ‘수용성’으로 번역되기도 하지만 ‘용인가능성’이나 ‘수용가능성’으로 번역되기도 하였다. 그럼에도 ‘수용성’으로 번역한 비율이 다수였다.

앞서 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 가용성, 접근성, 수용성, 질에서 제시하였듯이 수용성의 개념에서는 보건 시설·물품·서비스가 충족시켜야 할 주요 요소로 의료윤리, 문화, 비밀존중, 젠더, 생애주기, 당사자의 건강 상태 개선이 언급되었다. 수용성을 언급한 48개 논문 중에서 의료윤리를 언급한 논문이 8개, 문화를 언급한 논문이 30개, 비밀존중을 언급한 논문이 8개, 젠더를 언급한 논문이 15개, 생애주기를 언급한 논문이 3개, 당사자의 건강 상태 개선을 언급한 논문이 20개로 나타나 문화에 대한 언급이 가장 많았고 생애주기에 대한 언급이 가장 적었다. 개별 논문에서는 이들 요소들이 중복되어 나타난 경우가 많았는데, 하위

요소에 대한 언급 없이 포괄적으로 수용성 내용을 나타낸 논문이 가장 많이 나타났고 이어서 문화만 언급한 논문, 문화와 당사자의 건강 상태 개선을 언급한 논문 등의 순으로 나타났다(부록 3의 <표 60>).

마지막으로 보건 시설, 물품, 서비스의 질을 언급한 72개 논문의 구체적인 내용을 살펴보면, 질이란 용어만 언급하거나 설명한 논문은 8개 나타났고 질이란 용어를 언급·설명하면서 구체적인 사례를 함께 언급한 논문은 8개가 나타났으며 구체적인 사례만 언급한 논문은 56개가 나타나 구체적인 사례만 언급한 논문이 다수였다. 참고로 ‘질’이란 용어 대신 ‘양질’이나 질적 우수성’이 일부 사용되기도 하였다.

지금까지 건강권 맥락에서 AAAQ를 언급한 160개 건강권 논문의 개별 요소에 대해 살펴보았다. 개별 논문 측면에서 AAAQ의 언급 현황을 살펴보면 다음 <표 36>과 같이 개별 논문에서는 한 가지 요소에서 네 가지 요소까지 다양하게 나타났다. 가용성만 언급한 논문, 가용성·수용성을 언급한 논문 등 일부 구성 유형은 나타나지 않았고, 나타난 구성 유형 중에는 접근성만 언급한 논문이 월등하게 많이 나타났으며, 이어서 가용성·접근성·수용성·질 네 가지를 모두 언급한 논문, 질만 언급한 논문, 접근성·질을 언급한 논문 등의 순으로 많이 나타났다.

표 36. 개별 논문 측면에서 AAAQ의 개별 요소 구성 현황

AAAQ의 개별 요소 구성	논문 수
접근성	60
수용성	6
질	16
가용성, 접근성	10
가용성, 질	1
접근성, 수용성	9
접근성, 질	15
가용성, 접근성, 수용성	3
가용성, 접근성, 질	10
접근성, 수용성, 질	4
가용성, 접근성, 수용성, 질	26
AAAQ 언급 부재	226
합계	386

상기 표에서 나타난 160개 논문은 AAAQ 개념 틀 측면에서 가용성, 접근성, 수용성, 질이라는 용어를 언급하지 않고 그에 해당하는 내용의 구체적 사례만 언급한 경우도 포함된다. 전술한 분석 결과에서는 구체적 사례만 언급한 논문이 용어를 언급한 논문 보다 비중이 훨씬 더 높았다. 물론, AAAQ 개념 틀 측면의 가용성, 접근성, 수용성, 질이라는 용어를 언급하는 것이 꼭 필요한 것은 아니다. 하지만 AAAQ 개념 틀 측면에서 이들 용어를 언급한다는 것은 AAAQ라는 체계적인 개념 틀을 통해 건강권 현실을 평가하고 제언하는 것이므로 사이버 건강권 개념을 피하거나 가려내는 데 도움이 된다. 일례로 다음의 서술 내용은 접근성이란 용어를 언급했지만 AAAQ 개념 틀 측면에서 접근성을 언급한 것이 아닌 사례로, 건강권 보장 측면에서 접근성을 개선하는 정책이 제안되었지만 나머지 가용성, 수용성, 질 측면에서 고려되지 않았기 때문에 건강권 주장으로서 논란의 여지가 있을 수 있다.

무면허 의료행위는 형사적 규율이 필요하지만, 대체의료행위를 의료행위에

포섭하여 처벌하면 오히려 국민 건강권·보건권에 악영향을 끼칠 수 있으므로, 국가가 의료행위의 위험성에 따라 다양한 의료인의 자격을 구체화시켜 설정함으로써, 적정한 비용이나 접근성에 맞는 의료행위를 택하도록 해야 하며, 위험성이 낮은 의료행위까지 현행 의료인에게 독점시키는 것은 국민의 건강권을 보장하는 수단이라 볼 수 없으므로 헌법에 위반됨. (문헌 308)

또 다른 서술 내용으로 의료서비스 질을 언급하였지만 AAAQ 개념 틀 측면에서 질을 언급한 것이 아닌 사례로, 건강권 보장 측면에서 정책이 제안되었지만 가용성, 접근성, 수용성 측면에서 고려되지 않았기 때문에 건강권 주장으로서 논란의 여지가 있을 수 있다.

국민의 건강권과 밀접한 관련이 있는 보건의료서비스의 질도 향상시키고 우리나라 의학 발전도 도모하기 위해 의료법인 관련 의료법인 관련 의료법 및 조세법 규정 정비 필요함, 의료법이나 조세법에 의료법인의 형태를 영리법인과 비영리법인으로 구분하여 규정하고 세부규정을 준비(영리법인 형태 허용)해야 함, 의학기술의 발전은 의료서비스 질을 향상시켜 국민의 건강권 좀 더 확실히 보장함. (문헌 194)

따라서 건강권에 대한 합당한 주장은 AAAQ의 한 가지 요소만을 고려해서는 안 되며 가용성, 접근성, 수용성, 질 모두를 고려하여 어느 한 요소의 개선이 또 다른 요소의 상황을 역행시킨다면 건강권의 주장으로서 합당한 것인지 충분히 의심할 만하다. 하지만 전술한 AAAQ 관련 분석 결과에서는 AAAQ의 네 가지 요소를 모두 염두에 두고 관련 내용을 전개한 논문은 AAAQ 요소 중에서 한 가지 이상을 언급한 160개 논문 가운데 26개에 불과했고 AAAQ의 용어를 모두 언급한 경우로 한정하면 15개 논문에 불과하다. AAAQ의 용어를 언급하지 않고 해당 내용을 모두 언급한 11개 논문의 경우 AAAQ란 개념 틀에서 내용을 전개한 것이 아니므로 결국 전체 386개 건강권 논문 가운데 3.9%인 15개 논문만이 AAAQ 개념 틀 측면에서 관련 논의를 전개했다고 볼 수 있다. 건강권에

근거해서 평가하거나 요구할 수 있는 주장들이 수사에 머물거나 사이버 개념으로 오해받지 않기 위해서는 사회권적 건강권의 청구내용인 경우 AAAQ 개념 틀 자체를 고려해야 할 것이다.

그럼에도 한 가지 더 유념할 사항은 AAAQ란 틀로도 보건의료 시설, 물품, 서비스, 프로그램에 대한 건강권 주장의 합당성을 따져보기가 어려운 주장들이 있다. 예를 들면 다음과 같은 내용인데, 질적 측면에서 건강권에 대한 주장을 펼치고 있지만 다른 AAAQ의 요소인 가용성, 접근성, 수용성을 따져본다고 해도 건강권 주장으로서 합당한 것인지 따져보기 어려운 내용이다. 이런 경우엔 AAAQ 틀 보다는 의사의 자율성과 국민의 건강권 사이의 충돌 쟁점, 실제 현실에서 의사의 역량, 즉 과학적 지식, 판단능력, 의료윤리 준수 등과 시민들과 현장의 목소리를 들어 주장의 합당성을 따져볼 필요가 있다.

우리나라에서 현재 병용금지 사항 등에 대해 무조건 투약하지 못하도록 하는 조치는 의사의 자율성 침해 외에도 방어진료, 획일적 진료를 양산하게 되어 결국 환자가 최적의 치료를 받지 못해 국민의 건강권 침해로 이어질 수 있음. (문헌 281)

② ‘2013 건강권 서울시민회의’의 AAAQ

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 시민패널이 작성한 분석 자료 중 가용성, 접근성, 수용성, 질 가운데 한 가지 이상을 언급한 분석 자료는 10개 (25.0%)였고 1990년-2014년 건강권 논문(41.5%)에 비해 낮은 언급 비율을 보였다. 일반시민은 AAAQ의 네 가지 요소를 모두 언급한 경우는 없었지만 건강권 논문에서는 3.9%가 나타나서 차이가 있었다.

일반시민이 언급한 AAAQ는 접근성(8개 분석 자료)이 월등히 많이 나타났고 가용성, 수용성, 질은 한 번씩 언급되었다. 접근성의 경우 하위 범주가 언급되지 않은 1개 분석 자료를 제외하면 비차별, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성의 순으로 별 차이 없이 언급되었고 수용성

의 경우 하위범주로 의료윤리가 언급되었다. 건강권 논문에서도 AAAQ 가운데 접근성이 가장 많이 언급되었지만 일반시민에서와 같이 압도적으로 많이 언급된 것은 아니며, 접근성의 경우하위 범주로 비차별과 경제적 접근성이 많이 나타났으며 수용성의 경우문화, 당사자의 건강 상태 개선, 젠더 등의 순으로 많이 나타나서 일반시민의 언급내용과는 차이가 있었다.

한편 일반시민은 ‘접근성’이나 ‘질’ 같은 일반 용어를 사용하여 AAAQ와 관련된 내용을 언급하였지만 AAAQ의 개념 틀을 인지했다고 볼 수는 없다. 시민패널 자료집에 유엔사회권위원회의 일반논평 14호를 포함했지만 정독이나 통독했을 가능성은 거의 없다고 보는 것이 타당할 것이다. 이러한 개념 틀 없이도 ‘접근성’이나 ‘질’ 요소를 언급한 것은 유의미한 지점이다.

③ AAAQ에 대한 소결

건강권에서 AAAQ는 보건 시설·물품·서비스와 프로그램이 충족시켜야 할 요소로서 이들 요소는 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용 양쪽에서 나타났다. 하지만 한 가지 이상의 요소를 언급한 경우는 일반시민에 비해 학술 논문에서 상대적으로 많이 나타났고 네 가지 요소를 모두 언급한 경우는 학술 논문에서만 일부 나타났으며 일반시민에서는 부재했다. 지난 25년간 한 가지 이상의 AAAQ를 언급한 학술 논문은 증가 경향을 보였지만 네 가지 AAAQ를 모두 언급한 학술 논문은 2009년부터 본격적으로 등장하여 추세를 판단하기 이른 상황이다. 일반시민의 경우 ‘2013 건강권 서울시민회의’ 대부분의 단계에서 한 가지 이상의 AAAQ를 언급하였다. 전술한 결과를 통해 AAAQ는 건강권의 필수적 요소임을 확인하였다.

학술 논문에서 언급된 AAAQ의 내용은 접근성(35.5%), 질(18.7%), 가용성(13.0%), 수용성(12.4%) 순으로 많이 언급되었다. AAAQ의 각 요소에는 용어만 언급된 경우, 용어와 구체 사례가 언급된 경우, 구체 사례만

언급된 경우가 나타났는데 용어 언급 없이 구체 사례만 언급된 경우가 가장 많이 나타났다. 용어를 꼭 언급할 필요는 없지만 용어를 언급하는 것은 AAAQ의 개념 틀을 바탕으로 건강권 현실을 평가하고 제언하는 것을 의미한다. 따라서 국내 학술 논문의 건강권 관련 AAAQ 언급은 도덕적·윤리적 판단이나 주장으로 유의하지만 체계적이고 논리적인 논의로서는 한계가 있음을 의미한다.

개별 논문 측면에서는 접근성만 언급한 논문이 가장 많았고 가용성·접근성·수용성·질 네 가지 모두 언급한 논문, 질만 언급한 논문, 접근성과 질을 언급한 논문 등의 순으로 나타났다. 하위 범주가 존재하는 접근성의 경우 경제적 접근성, 비차별, 물리적 접근성, 정보 접근성, 하위 범주 언급 부재의 순으로 나타났고 수용성의 경우 문화, 당사자의 건강상태 개선, 젠더, 비밀존중, 의료윤리, 생애주기의 순으로 나타났다. 이들 하위 범주 역시 개별 논문에서는 복수로 언급되기도 하였다.

일반시민이 언급한 AAAQ의 내용은 네 가지 요소를 모두 언급한 경우는 부채한 가운데 접근성이 월등히 많이 나타났고 가용성, 수용성, 질은 한 번씩 언급되어 학술 논문과 다른 양상을 보였다. 일반시민은 접근성의 하위 범주로 비차별, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성을 골고루 언급했고 수용성의 하위 범주로 의료윤리를 언급하였는데, AAAQ 개념 틀에 대한 학습 없이 이러한 내용을 언급했다는 것은 일반시민의 가치, 도덕감정, 이성, 경험 등을 토대로 도출한 내용이라는 점에서 주목할 만하다. 또한 일반시민은 건강권 관련 AAAQ 내용을 보건 영역뿐만 아니라 사회복지, 교육, 노동, 주거, 문화, 에너지 등의 영역으로 확장하여 언급하였다. 학술 논문의 경우 보건 영역에서의 AAAQ에 대한 언급이 거의 대부분이었기 때문에 건강의 사회적 결정요인에 대한 AAAQ 측면의 접근은 학술 논문이 일반시민의 숙의적 산물에서 배울 필요가 있다. 이러한 일반시민의 숙의적 결과는 국제법상의 건강권 개념 측면에서 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에 담긴 AAAQ의 개념 설명이 “보건 시설·물품·서비스”로 한정된 점은 재고의 필요성이 존재함을 알려준다.

AAAQ의 각 요소는 건강권 관련 시설·물품·서비스·프로그램의 실태를 제시하고 평가하는 기준으로 활용되거나 현실 개선을 위한 목표나 지향으로 사용되었다. 하지만 건강권 측면에서 AAAQ의 합당한 사용방식은 특정 요소만 사용하는 것이 아니라 AAAQ라는 개념 틀을 바탕으로 네 가지 필수요소를 모두 사용하는 것이라고 할 수 있다. 왜냐하면 AAAQ 가운데 일부 요소에만 주목함으로써 나머지 요소의 상황을 역행시킨다면 건강권 주장으로서 합당한 것으로 보기 어렵기 때문이다. 이런 측면에서 전체 건강권 논문 가운데 네 가지 필수요소 용어를 모두 언급한 15개 논문만이 AAAQ와 관련된 합당한 주장을 언급했다고 볼 수 있다.

직전에 기술했듯이 건강권에 근거해서 평가하거나 요구할 수 있는 주장들이 수사에 머물거나 사이비개념으로 오해받지 않기 위해서는 사회권적 건강권의 청구내용인 경우 AAAQ의 개별 요소가 아닌 AAAQ 개념 틀 자체에서 고려할 필요가 있다. 그럼에도 AAAQ란 틀로도 보건의료 시설, 물품, 서비스, 프로그램에 대한 건강권 주장의 합당성을 따져보기가 어려운 경우들이 있다. 일례로 병용금지 사항에 대한 투약 금지가 방어·확실적 진료를 양산하여 환자가 최적의 치료를 받지 못해 건강권 침해로 이어질 수 있다는 주장에서는 AAAQ 개념 틀 보다는 의사의 자율성과 국민의 건강권 사이의 충돌 쟁점, 실제 현실에서 의사의 역량(과학적 지식, 판단능력, 의료윤리 준수 등), 시민들과 현장의 목소리를 들어 주장의 합당성을 따져볼 필요가 있다.

AAAQ에서도 국문 번역의 다양성이 나타났는데, ‘availability’는 대부분 ‘가용성’으로 번역되었지만 ‘이용가능성’이란 번역이 일부 존재했고 ‘acceptability’는 대부분 ‘접근성’으로 번역되었지만 ‘접근가능성’이란 번역이 일부 존재했으며 ‘acceptability’는 다수가 ‘수용성’으로 번역되었지만 ‘용인가능성’이나 ‘수용가능성’이란 번역이 존재했고 ‘quality’는 대부분 ‘질’로 번역되었지만 ‘양질’이나 ‘질적 우수성’이란 번역이 일부 존재했다. 따라서 학술 소통의 공통 기반을 확보하기 위해 AAAQ의 영문 병기가 필요하다.

국제법상의 건강권 개념 측면에서 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에 적시된 AAAQ는 네 가지 요소를 모두 포함하고 접근성은 네 가지 하위를 범주를 포함하는 다차원 다수준의 개념 틀이지만, 한국 사회에서 나타난 건강권 관련 AAAQ는 개념 틀로서 반영된 경우는 전체 논문 가운데 극소수였고 일반시민에서는 부재했다. 따라서 국제법상 건강권 개념 측면에서 AAAQ의 내용은 한국 사회에 제대로 수용되지 못했다고 볼 수 있다. 하지만 한국 시민의 숙의 내용에서 나타난 건강의 사회적 결정요인에 대한 AAAQ 적용은 국제법상의 AAAQ 개념이 수정되어야 할 방향을 제시하는 것이어서 유의하다.

건강권 존재의의 측면에서 가용성, 접근성, 수용성, 질은 인간 존엄과 책무성 기제와 직접 연관된다. 이러한 측면에서 AAAQ의 네 가지 내용이 골고루 주목받지 못했던 점과 AAAQ란 개념 틀로서 접근하는 경우가 극소수였다는 점은 한국 사회에서 건강권 관련 AAAQ 내용이 건강권 존재의의를 제대로 반영한다고 판단하기 어렵다.

건강권에 대한 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용에서 AAAQ를 전체적으로 평가하면, 건강권 요소로서 유의성은 확인되었지만 네 가지 요소가 골고루 다루어지지 않았고 다차원과 다수준을 포함하는 개념 틀로서 접근한 경우는 드물었기 때문에 국제법상의 건강권 개념과 건강권의 존재의의가 제대로 반영된 건강권 관련 AAAQ라고 볼 수 없다. 하지만 학술 논문에서 AAAQ를 네 가지 모두 언급한 논문이 최근 본격적으로 발행되고 있는 점, 일반시민들이 AAAQ란 개념 틀에 대한 학습 없이도 각 요소를 언급했다는 점, 그리고 일반시민들이 건강의 사회적 결정요인에 대해 AAAQ를 적용하고 있다는 점은 긍정적인 현상이다. 무엇보다 일반시민이 쪽방주민의 열악한 사회적·경제적·문화적 실태와 건강사이의 연관성을 경험적으로 이해하였고 AAAQ라는 개념 틀 측면에서는 아니지만 자신의 가치, 도덕감정, 이성 등을 통해 AAAQ의 각 요소를 언급할 수 있었다는 점은 유익한 발견이다. 이러한 현상에는 쪽방주민의 건강권을 검토해야 하는 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 특수성이 기여했겠지만 일반시민의 지속되어 온 경험적 이해와 결합되어 나타난

것으로 보는 것이 타당할 것이고 향후 건강권 개념 발전을 위한 귀납적, 하향식의 접근이 필수적임을 보여주는 결과이다. 향후 건강권의 내용으로서 AAAQ는 네 가지 요소를 포함하는 개념 틀로서 접근해야 하며 보건 시설·물품·서비스 뿐만 아니라 건강의 사회적 결정요인을 반영하는 것이 필요하다.

(5) 건강권의 지표와 벤치마크

① 건강권에 관한 학술 논문의 건강권 지표와 벤치마크

전체 386개 건강권 논문 가운데 건강권 지표와 관련된 내용을 언급한 논문은 6.0%인 23개로 나타났고 건강권 벤치마크와 관련된 내용을 언급한 논문은 3.4%인 13개로 나타나 건강권 논리구조의 다른 세부 범주에 비해 매우 낮은 빈도를 보였다. 1990년-2014년 건강권 지표나 벤치마크를 언급한 논문의 발행 추이는 다른 요소들과 달리 건강권 논문의 증가 추세에 비해 크게 못 미치는 경향을 보였다. 그나마 건강권 지표를 언급한 논문이 건강권 벤치마크를 언급한 논문에 비해 본격적으로 등장하기 시작한 연도가 앞서고 2010년 전후로 약간의 증가 경향도 나타났지만 건강권 벤치마크를 언급한 논문은 2007년 처음 등장하여 2011년부터 매년 발행되기 시작했지만 그 수가 적어 증가 경향을 판단하기는 어려워 보인다.

건강권 지표와 관련된 내용을 언급한 23개 논문의 내용을 살펴보면, 건강권 지표의 필요성(7개 논문), 건강권 지표의 유형(11개 논문), 특정 집단이나 특정분야의 건강권 지표(15개 논문), 건강권 지표의 구체적 목록(8개 논문), 기타 건강권 지표관련 내용(13개 논문)이 나타났다.

건강권 지표의 필요성을 언급한 논문의 경우 건강권 실현을 위해 건강권, 사회권으로서 건강권, 건강불평등, 보건의료에 대한 지표가 필요하다고 밝혔다(부록 3의 <표 61>). 건강권 지표의 유형을 언급한 논문에서

유엔 인권고등판무관이나 건강권 특별보고관이 제시한 구조·과정·결과 지표 유형은 일부라도 전혀 언급되지 않았다.

건강권 지표의 유형으로 상기 표의 구조·과정·결과 지표 유형은 언급되지 않았지만 AAAQ, 국가 의무 유형, 건강나 보건의료 분야의 지표, 건강권 확보 원칙 등의 측면에서 다른 여러 유형이 제시되었다. 건강권 측면에서 지표 유형이 제시된 분야는 보건의료가 다수였고 건강권, 특정 인구집단의 건강, 기초적 건강 결정요인, 작업·생활환경이 일부 나타났다. 논문의 내용을 보다 구체적으로 살펴보면 구체적인 지표 목록의 언급 없이 지표 유형만 언급한 논문이 있었는데, 건강권 보장 수준 평가 지표나 건강권 관련 객관적 지표로 AAAQ를 언급하거나 각국의 건강권 보장 상황 평가 위한 보건의료 관련 기초지표 유형으로 AAAQ와 참여, 국제적 지원과 협조, 감시와 평가 등의 폭넓은 구성을 언급하였다.

또한 구체적인 지표 목록을 언급하면서 지표 유형을 언급한 논문도 있었는데, 그중에서 AAAQ 측면에서 제시된 지표 유형, 국가 의무 유형 측면에서 제시된 지표 유형, 건강권 확보 4원칙 측면에서 제시된 지표 유형, 사회권적 건강권 지표와 건강 수준 지표로 재구성한 유형, 지적장애인 건강 지표 유형이 존재했다.

■ [AAAQ 유형] 건강권 측정·평가 지표 (문헌 265)

- 가용성: 병상 수, 의료기기 수, (활동)의사 수, 활동간호사 수, 한국의료체계의 공공성(병원·병상 수 기준), 국민의료비 중 공공지출과 가계지출 비율
- 접근성: 경제적(건강보험 보장률, 미치료율, 치료지연율, 의료이용량 불평등, 파국적 의료비지출가구 비율), 물리적(암발생자 지역 내 의료이용 양상, 농산어촌 주민의 질병치료 시 애로사항)
- 수용성
- 질: 병원 고용 의료인력 수(급성기병상당 간호사 수, 인구 천 명당 활동간호사 수)

■ [건강권에 대한 국가의 증진·충족 의무 유형] 보건의료 분야 지표 (문헌

276)

- 의료서비스 수급 권리: 건강보험 수혜율, 건강보험 보장율, 의료급여환자 본인부담율, 유질환자 중 미치료자비율
- 예방의료에 대한 권리: 소아예방 접종율, 노인인플루엔자 접종율, 주요 질환에 의한 사망율

■ [건강권확보 4원칙] 의료 분야 지표 (문헌 066)

- 평등한 의료접근성
 - ✓ 잠재적 접근성: 의료인력 수, 분포
 - ✓ 실질이용량: 개인당 의사방문 수
 - ✓ 일차의료 강조: 1,2,3차 의료 역할분담
- 급여와 부담 배분의 형평성
 - ✓ 급여 배분: 현물급여 포괄성
 - ✓ 부담 배분: 재원 출처, 재원조달방법, 공급자 지불방식
- 서비스 질 확보
 - ✓ 의료인력: 양질 의료인력 배출
 - ✓ 의료설비: 1,2,3차 의료기관 지역별 분포
- 권리성 인식과 참여
 - ✓ 권리성 인식: 헌법·법률상 건강권확보 조항 존재
 - ✓ 참여: 의료보장관련 의사결정 참여제도

■ [재구성 유형] 사회권적 건강권과 건강 수준 지표 (문헌 283)

- 사회권적 건강권 지표
 - ✓ 최선의 보건의료서비스 받을 권리: 보건의료서비스 보장수준, 의료서비스 제공받지 못하는 사람 규모, 기초적인 보건의료서비스 제공받고 있는/받지 못하고 있는 사람 규모, 의료자원 충분성, 건강권 보장 위한 국가의 재정 투여 충분성
 - ✓ 안전하고 건강한 작업·생활환경의 확보권리: 안전한 작업환경, 건강 보장하는 기본적인 생활환경
- 건강권 지표 중 건강수준 지표
 - ✓ 영아사망률, 출생 시 기대수명, 결핵 유병률, 조기사망률, 저체중아출생

를, 자가보고 건강수준, 잠재수명손실년수

■ [건강 지표 유형] 지적장애인 건강 지표 (문헌 283과 363)

- 유럽연합의 POMONA 지적장애인 건강지표
 - ✓ 인구학적 특성: 이환율, 거주, 직업, 소득, 사회경제적 지위, 기대수명
 - ✓ 건강상태: 간질, 구강보건, 비만지수, 정신건강, 감각, 이동
 - ✓ 건강 결정요인: 육체활동, 문제행동, 약물처치
 - ✓ 건강체계: 입원처치, 건강관리, 건강검진, 건강증진, 건강전문인 양성
- 미국 질병통제예방센터와 선천적장애 및 발달장애센터의 지표
 - ✓ 건강과 참여: 건강상태, 건강행동, 활동참여와 사회화, 생활의 질 등
 - ✓ 건강관리와 증진: 접근성, 적절성, 질, 의사소통지지, 보건의료체계 등
 - ✓ 관련 및 부수조건: 과잉·과소 투약, 지적장애인에게 중요한 지표 등
 - ✓ 인구학적 변수: 인종, 민족, 연령, 성, 지적장애병인 주거유형

지금까지 건강권 지표의 유형을 언급한 논문의 구체적 내용을 살펴보면 건강권 지표의 유형을 언급하지 않고 지표의 구체적 목록만 언급한 8개 논문의 구체적 내용을 살펴보고자 한다. 지표 유형 언급 없이 제시된 구체적인 지표 목록은 개별 국가의 전반적인 건강권 상황에 대한 지표에서부터 관련 예산, 보건의료, 건강, 특정 집단의 건강 관련 특정 경험까지 그 차원과 수준에서 다양하게 나타났지만 주로 건강과 보건의료 분야의 지표가 많았고 건강권 인식이나 차별 철폐, 폭력과 같은 한층 더 인권적인 측면의 지표나 기초적 결정요인과 사회적 관계 같은 보다 다양한 분야의 지표는 적었다(부록 3의 <표 62>). 하지만 이런 현상의 원인은 구체적인 지표 목록을 언급한 논문 자체가 적었던 상황에서 연유한다고 보는 것이 더욱 적절할 것이다.

건강권 지표는 전반적인 건강권에 대한 내용도 있었지만 특정집단이나 특정분야에 대한 내용도 존재하였다. 이렇게 특정집단이나 특정분야에 대한 건강권 지표가 언급된 15개 논문의 구체적인 내용을 살펴보면,

특정집단의 경우 지적장애인과 발달장애인, 여성, 희귀·난치병질환 환자가 나타났고 특정분야의 경우 공중보건, 공적개발원조, 보건의료, 사회권적 측면의 건강권, 아동건강, 의료권, 의료보장이 나타났다. 이중에서 사회권적 측면의 건강권의 경우 보다 구체적으로는 보건의료, 노동환경, 생활환경, 영양, 주거복지, 환경보건 관련 지표가 나타났고 이들을 포함한 특정분야에서는 보건의료 관련 지표가 가장 많이 언급되었다.

전술한 건강권 지표의 필요성, 유형, 구체적 목록, 구체적인 특정 집단과 분야에 대한 내용을 제외한 기타 내용이 13개 논문에서 언급되었다. 기타 내용으로는 건강권 지표 관련 비판, 건강권 지표화에 영향을 주는 요인, 건강권 지표화에 반영할 필요가 있는 내용 제언, 사회권과 건강권 관계, 건강권 연구와 건강권 지표의 관계에 대해 언급되었다(부록 3의 <표 63>).

지금까지 건강권 지표와 관련된 내용을 언급한 23개 논문에 대해 살펴 보았고, 이제부터 건강권 벤치마크와 관련된 내용을 언급한 13개 논문의 내용을 살펴보고자 한다. 여기서 벤치마크(benchmark)란 “미리 결정된 값(value)을 갖는 규범적 고려나 경험적 고려에 의해 제한된 지표”를 의미한다. 실제 논문에서는 ‘벤치마크’란 용어가 아닌 ‘기준’이 사용되었으며 ‘벤치마킹’이란 용어는 한 번 사용되었다. 건강권 벤치마크와 관련된 내용을 언급한 13개 논문에서는 건강권 벤치마크의 필요성(4개 논문), 구체적 목록(7개 논문), 기타 내용(5개 논문)이 나타났다. 우선 건강권 벤치마크의 필요성을 언급한 논문의 구체적 내용으로는 국가의 건강권 실현에 대한 평가나 판단을 위해 건강권, 사회권적 건강권, 보건의료 분야에서의 기준이 필요하다는 것이 언급되었다. 또한 건강권 벤치마크의 구체적 목록을 언급한 논문의 구체적 내용으로는 ‘무엇’의 기준인지에 따라 차이는 있지만 WHO 권고, 유엔 현장의 조항이나 MDG 목표치, OECD 국가의 평균, 타국과의 비교와 같이 국제적인 기준이 다수 언급되었고 헌법상 최소한의 보호수준이나 문제별로 결정되는 기준이 일부 언급되었다(부록 3의 <표 64>). 전술한 건강권 벤치마크의 필요성, 구체적 목록을 제외한 기타 내용이 나타난 논문의 내용을 살펴보면, 건강불

평등 측면의 건강권 벤치마크 관련 비판, 건강권 벤치마크의 절대성 혹은 상대성 여부, 사회적 맥락에 따라 유동적인 건강권 벤치마크, 건강권 지표와 벤치마크의 관계, 국가의 핵심의무와 벤치마크의 연관성이 나타났다(부록 3의 <표 65>).

② ‘2013 건강권 서울시민회의’의 건강권 지표와 벤치마크

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 시민패널이 작성한 분석 자료 중 건강권에 대한 지표를 언급한 분석 자료는 1개(2.5%)였고 벤치마크를 언급한 분석 자료는 11개(27.5%)였는데 이러한 현상은 1990년-2014년 건강권 논문에서 각기 6.0%와 3.4%였던 것에 비하면 아예 다른 양상을 보였다. 이것은 일반시민에게서 건강권 논문에 비해 건강권 지표의 언급 비율이 낮고 벤치마크의 언급 비율이 높은 것도 다른 양상인데 벤치마크에서 일반시민과 건강권 논문 사이에 격차가 매우 큰 것도 특이할만한 현상이다. 일반시민에게서 벤치마크의 언급비율이 이렇게 높은 이유는 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 쪽방주민의 건강권 평가와 권고안 도출이라는 요청된 과제가 있었기 때문인데, 지표보다 벤치마크가 월등하게 많이 나타난 이유는 쪽방주민의 건강권 실태를 평가해야하기 때문에 건강권 논문에서처럼 아주 구체적인 수치는 아니더라도 규범적 고려가 반영된 지표, 결국 벤치마크라고 분류할 수 있는 기준들이 나타났다고 볼 수 있다. 물론 일반시민들은 지표의 유형이나 벤치마크의 유형과 무관하게 구체적인 지표목록이나 벤치마크목록을 언급하였고 건강권 지표나 벤치마크의 필요성, 기타 내용을 언급한 경우는 부재했다.

한 개 분석 자료에서 나타난 건강권 지표는 시민패널들이 쪽방촌을 방문하고 쪽방주민과 만나기 전에 시민패널들이 미리 궁금한 질문들을 작성해보는 과정에서 작성된 것이고 그 내용은 보건, 사회관계, 소득, 의료, 노동, 건강 및빈곤탈출 프로그램에 대한 항목으로 다양하게 나타났다.

11개 분석 자료에서 건강권 벤치마크의 경우앞서 언급했듯이 건강권 논문에서 나타난 MDG, 목표치나 WHO권고수준, OECD평균값을 갖는

벤치마크와는 달리 “미리 결정된 값”이 특정되지 않고 모호하다. 하지만 일반시민들은 그러한 상황에서 쪽방주민의 건강권 현황에 대한 판단을 수행하였다. 물론 일반시민들의 벤치마크는 아무런 논거 없이 언급되기도 했지만 건강 가치, 건강 개념, 건강권 해석, 건강권 의무담지자의 의무내역, 건강권 세부권리, 건강권 작동방식, AAAQ등과 같은 타 건강권 요소를 논거로 삼거나 건강권 의의나 건강 영향 요인과 같은 내용을 논거로 삼는 것으로 나타났고 논거가 없는 3개 분석 자료를 제외하면 8개 분석 자료의 대부분은 타 건강권 요소를 논거로 삼았다고 할 수 있다.

표 37. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 벤치마크의 내용과 논거

벤치마크의 논거	벤치마크	
	지표	미리 결정된 값
부재	위생적인 면(먼지, 주변 악취 등)	열악하면 안 됨
건강권 해석	기초생활보장제도	자활의지 회복에 기여
건강 영향 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 방 • 식사 • 병원 이용 필요 시 수급비로 가능한지 	<ul style="list-style-type: none"> • 햇빛 필요 • 영양 필요 • 경제적인 면 필요
건강 가치와 개념, 건강권 해석, 국가 의무내역, 건강권 작동방식	<ul style="list-style-type: none"> • 신체적 · 정신적 · 사회관계적 건강 • 의식주 기본적 보장 • 개인의 삶 영위 	<ul style="list-style-type: none"> • 질병 고통이나 사회적 고통은 안 됨 • 생존 위기나 거주환경 · 위생 · 영양 불량은 안 됨 • 자율성 보장

③ 건강권 지표와 벤치마크에 대한 소결

건강권의 지표와 벤치마크는 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용 양쪽에서 나타났다. 하지만 학술 논문에서 건강권 지표와 벤치마크의 언급 비율은 여타 건강권 요소에 비해 상당히 저조했고 벤치마크의 언급 비율은 지표의 언급 비율에 비해 더욱 저조했다. 이로 인해 지난 25년간

건강권 지표나 벤치마크를 언급한 논문의 발행 추이 역시 다른 요소들과 달리 건강권 논문의 증가 추세에 비해 크게 못 미치는 경향을 보였고, 그나마 건강권 지표를 언급한 논문이 2010년 전후로 약간의 증가 경향을 보였지만 건강권 벤치마크를 언급한 논문은 발행된 연도와 수가 적어 추세를 판단하기 불가능하다. 일반시민의 경우 학술 논문과 다른 양상이 나타났는데, 건강권 지표는 한번만 언급된 반면 건강권 벤치마크는 전체 숙고 내용의 1/4 이상에서 나타나 벤치마크의 언급이 지표의 언급보다 월등히 많이 나타났다. 이것은 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 쪽방주민의 건강권 평가라는 특수성이 반영된 결과라고 볼 수 있다. 일반시민은 숙의 과정이 어느 정도 진행된 본회의 1일째부터 건강권 벤치마크에 대해 언급하기 시작했다. 따라서 무엇보다 건강권 지표와 벤치마크 자체에 대한 학술 사회의 관심이 절대적으로 필요한 상황이지만, 시간이 흐를수록, 그리고 숙의 과정이 진행될수록 이들에 대한 관심이 본격적으로 나타나기 시작했거나 미미하나마 증가한 현상을 통해 건강권의 지표와 벤치마크는 중요한 건강권 요소임을 확인할 수 있었다.

건강권 지표의 경우 학술 논문에서는 건강권 지표의 필요성, 건강권 지표의 유형, 특정집단이나 특정분야의 건강권 지표, 건강권 지표의 구체적 목록, 기타 내용이 나타났다. 건강권 지표의 필요성에 대해서는 건강권 실현을 위해 건강권, 사회권으로서의 건강권, 건강불평등, 보건의료에 대한 지표가 필요하다는 내용이 나타났다. 건강권 지표 유형에 대해서는 유엔 인권고등판무관이나 건강권 특별보고관이 제시한 구조·과정·결과 지표 유형은 언급되지 않았던 반면, AAAQ, 국가 의무 유형, 건강이나 보건의료 분야의 지표, 건강권 확보 원칙 등의 다른 여러 지표 유형이 언급되었다. 건강권 지표에서 언급된 특정집단으로는 지적장애인과 발달장애인, 여성, 희귀·난치병질환 환자가 나타났고 특정 분야로는 공중보건, 공적개발원조, 보건의료, 사회권적 측면의 건강권, 아동건강, 의료권, 의료보장이 나타났다. 유형과 무관하게 언급된 건강권 지표의 구체 목록은 주로 건강과 보건의료 분야의 지표가 많았고 한층 더 인권적인 측면의 지표나 다른 분야의 지표는 적었다. 기타 건강권 지표 관

런 내용으로는 건강권 지표 관련 비판, 건강권 지표화의 영향 요인, 건강권 지표화에 필요한 내용 제언, 사회권과 건강권 관계, 건강권 연구와 건강권 지표의 관계가 나타났다. 건강권 지표는 건강권 의무담지자나 AAAQ로부터 영향을 받는 것으로 나타났다.

일반시민의 경우 건강권 지표를 한 번만 언급하였지만 그 내용이 보건, 사회관계, 소득, 의료, 노동, 건강 및 빈곤 탈출 프로그램에 대한 항목으로 다양하게 나타나 학술 논문과 다르게 건강과 보건의료를 넘어서는 영역의 지표가 언급되었다.

벤치마크의 경우 용어부터 검토할 필요가 있는데, 학술 논문에서는 ‘벤치마크’ 대신 ‘기준’이 사용되었고 일반시민은 이들 용어를 사용하지 않으면서도 관련 내용을 나타냈다. 학술 논문에서 언급된 건강권 벤치마크의 내용으로는 건강권 벤치마크의 필요성, 구체적 목록, 기타 내용이 나타났다. 건강권 벤치마크의 필요성으로는 국가의 건강권 실현에 대한 평가나 판단을 위해 건강권, 사회권적 건강권, 보건의료 분야에서 기준이 필요하다는 것이었다. 건강권 벤치마크의 구체적 목록으로는 ‘무엇’의 기준인지에 따라 차이는 있지만 WHO 권고, 유엔 헌장의 조항이나 MDG 목표치, OECD 국가의 평균, 타국과의 비교와 같이 국제적인 기준이 다수였고 헌법상 최소한의 보호수준이나 문제별로 결정되는 기준이 일부 나타났다. 기타 내용으로는 건강불평등 측면의 건강권 벤치마크 관련 비판, 건강권 벤치마크의 절대성 혹은 상대성 여부, 사회적 맥락에 따라 유동적인 건강권 벤치마크, 건강권 지표와 벤치마크의 관계, 국가의 핵심 의무와 벤치마크의 연관성이 나타났다.

일반시민이 언급한 건강권 벤치마크의 내용으로는 학술 논문과 달리 WHO의 권고 수준, OECD 평균값과 같은 구체적인 수치가 아닌 특정되지 않고 모호한 “미리 결정된 값”을 갖는 지표가 나타났다. 이것은 논거가 없는 언급된 경우도 있었지만 건강 개념, 건강권 해석, 건강권 세부권리, AAAQ등과 같은 다른 건강권 요소들을 벤치마크의 논거로 삼는 경향이 나타났다. 일반시민의 벤치마크는 학술적·전문적 측면에서 실제 지표나 벤치마크로서의 자격은 부족하지만 일반시민의 숙의 과정을 통

해 건강권 내용의 가장 구체적인 수준까지 논리적으로 도달할 수 있다는 가능성을 보여준 측면에서 유의미하다고 볼 수 있다.

국제법상의 건강권 개념 측면에서 건강권 지표와 벤치마크는 언급 자체가 적기 때문에 평가하는 것이 적절치 않지만 언급된 소수의 내용에 대해서 지적할 필요가 있는 점은 학술 논문에서 건강권 지표 유형으로 유엔 인권고등판무관이나 건강권 특별보고관이 제시한 구조·과정·결과 지표 유형이 언급되지 않은 점에서 이들에 대한 관심을 확대할 필요가 있다는 점이다.

건강권의 존재의의 측면 역시 건강권 지표와 벤치마크의 언급 자체가 적어 판단하기 어렵지만, 언급된 내용에 대해 한 가지 지적할 필요가 있다. 건강과 보건의료 측면의 지표와 벤치마크 내용이 대부분이어서 인간 존엄, 권력의 재조정, 의무와 책무성 기제가 반영된 보다 인권적인 측면의 지표나 다른 분야의 지표로 관심을 확대할 필요가 있다.

건강권에 대한 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용에서 건강권 지표와 벤치마크를 전체적으로 평가하면, 건강권 요소로서의 역할은 확인되었지만 여타 건강권 요소에 비해 관심이 저조한 관계로 인해 국제법상 건강권 개념이나 건강권 존재의의 측면에서 판단하기에 관련 내용이 부족한 상황이었다. 그럼에도 일반시민에게서 건강과 보건의료를 넘어서는 영역의 지표가 언급되고 비록 구체성이 떨어지는 벤치마크가 나타나긴 했지만 숙의 과정을 통해 건강권 조약화의 최종 단계까지 도달하였다는 경험적 사례를 보여준 측면에서 의미가 있다.

학술적으로 건강권 지표와 관련해서는 필요성을 인식하는 것이 중요하고 건강권 벤치마크와 관련해서는 그 의미와 필요성을 인식하는 것이 시급하다. 따라서 향후 건강권 구체화의 최종 단계인 지표와 벤치마크의 필요성에 적극 공감하고 학술적·연역적·상향식의 접근과 경험적·귀납적·상향식의 접근을 동시에 추진할 필요가 있다. 이런 점에서 시간이 흐를수록, 숙의 과정이 진행될수록 건강권 지표와 벤치마크에 대한 관심이 증가해온 현상은 고무적이다.

제5장 한국 사회에서의 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계

서론에서 밝혔듯이, 건강권 개념 측면에서 건강권과 여타 인권 사이의 관계는 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙 언급 여부와 건강권과 여타 인권·권리 사이의 구체적인 관계로 이해할 필요가 있다.

1. 인권의 불가분성 · 상호의존성 · 상호연관성 원칙의 언급

(1) 건강권에 관한 학술 논문의 인권의 불가분성 · 상호의존성 · 상호연관성 원칙 언급

전체 386개 건강권 논문 가운데 인권의 불가분성 · 상호의존성 · 상호연관성 원칙 가운데 한 가지 이상을 언급한 논문은 총 12개(3.1%)로 나타나 매우 미미했다. 구체적으로는 불가분성만 언급한 논문 3개(0.8%), 상호의존성만 언급한 논문 2개(0.5%), 불가분성·상호의존성 언급한 논문 2개(0.5%), 상호의존성 · 상호연관성 언급한 논문 1개(0.3%), 불가분성 · 상호의존성 · 상호연관성 모두 언급한 논문 4개(1.0%)로 나타났다.⁶⁹⁾ 세 가지 원칙은 각각 2003년에 모두 처음 언급되었고 개별 논문에서 세 가지 원칙이 한꺼번에 언급된 것은 2009년이 처음이었다. 이들 원칙을 언급한 건강권 논문은 2000년대 초반 처음 등장한 이후 2000년대 중후반에 한층 자주 나타났다.

언급 논문 수가 적어서 해석에 주의해야겠지만, 논문의 화제 측면에서는 건강권이나 특정 건강권이 화제인 논문에서 인권의 불가분성 · 상호

69) 인권 원칙에는 불가분성, 상호의존성, 상호연관성 외에도 보편성, 양도불가성, 평등과 비차별, 참여와 통합, 책무성과 법의 지배가 존재한다. 인권 원칙을 한 가지 이상 언급한 건강권 논문은 전체 건강권 논문의 14.0%였고 모두 2001년 이후에 발표된 논문이었다. 또한 인권 원칙 가운데 보편성, 평등성, 비차별 원칙의 순으로 많이 언급되었고 이들 원칙에 비해 불가분성, 상호의존성, 상호연관성 원칙은 미미하게 언급되었다(부록 4의 <표 66>).

의존성·상호연관성을 언급하는 비율이 높게 나타났고 논문 유형(학위 논문 혹은 학술지논문)과는 무관하였다. 또한, 저자 소속은 법 7개, 사회 2개, 사회복지 2개, 의료 1개로 나타나 법의 비중이 높았다.

개별 논문에 언급된 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙에 대한 서술을 살펴보면, “건강과 복지의 쟁점을 시민·정치적 권리와 경제·사회·문화적 권리의 이분화된 영역으로 분리하여 이해하는 것은 인권 개념의 불가분성을 간과하는 논의방식이라는 비판을 받고 있음”(문헌 311), “건강권 역시 인권에 속하는 여타 권리와 마찬가지로 다른 권리와 상호의존적임”(문헌 218), “모든 인권은 보편적, 불가분적 그리고 상호의존적임”(문헌 147), “복지권 또는 사회권은 공민권 및 정치권과 필요한 상호의존성을 가짐, (중략) 인권과 시민권 논의에서… 사실상 권리들은 상호관련적이므로 분리될 수 없는 측면 존재”(문헌 198), “비엔나선언에서는 ‘모든 인권은 보편적이고 불가분적이며 상호의존적이고 상호연관적’이라는 점을 확인”(문헌334) 등과 같다.

(2) ‘2013 건강권 서울시민회의’에서의 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙 언급

“2013 건강권 서울시민회의”에서 일반시민은 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙을 언급하지 않았다.

(3) 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙 언급에 대한 소결

건강권을 다룬 국내 학술 논문과 일반시민은 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙을 거의 언급하지 않았다. 이것은 한국 사회에서는

인권 틀에서 건강권과 여타 인권 사이의 관계를 인식함으로써 전체론적·종합적으로 접근하기보다 개별 권리 사이의 관계로 접근하고 있음을 의미한다. 그나마 2000년대 중후반부터 학술 논문에서 이들 원칙의 언급이 이전보다 자주 나타나고 있다는 점은 긍정적이다.

2. 건강권과 여타 인권 사이의 관계

1) 건강권과의 관계가 언급된 여타 인권·권리 목록 현황

(1) 건강권에 관한 학술 논문에서 건강권과의 관계가 언급된 여타 인권·권리 목록 현황

1990년-2014년의 건강권 논문 386개에서 건강권과의 관계가 언급된 여타 인권·권리가 나타난 논문은 256개(66.3%)였다.⁷⁰⁾ 이들 타 인권·권리의 목록은 광범위하기 때문에 범주형 인권, 국제인권법상 인권, 헌법이나 법률상 주요 권리, 특정 인구집단 권리로 분류하였다. ‘범주형 인권’이란 공통적인 성격을 지닌 인권 목록을 지칭하는 범주로서, 예로 시민적 권리, 경제적·사회적·문화적 권리, 제3세대 인권 등을 들 수 있다. 범주형 인권을 제외한 나머지 인권·권리 가운데 조효제가 수정·제시한 국제인권법상 인정되는 60개의 인권목록은 ‘국제인권법상 인권’으로 분류하고, 여기에 포함되지 않는 권리는 ‘헌법이나 법률상 주요 권리’와⁷¹⁾ ‘특정 인구집단 권리’로 분류하였다(조효제, 2007: 114-116). 건강권

70) 전체 386개 건강권 논문 중에서 여타 인권·권리를 언급했지만 그것과 건강권 사이의 관계를 언급하지 않은 논문은 83개(21.5%)였다.

71) 헌법이나 법률상 주요 권리 목록에는 보다 포괄적 권리인 ‘행복추구권’과 여기에서 파생되는 구체적 권리인 ‘계약의 자유’ 등이 동일 범주로 묶여 있어 성격이 이질적이다(임진석, 2010: 53). 따라서 ‘주요’라는 명명에서 알 수 있듯이 언급빈도, 중요도, 파생성, 대체가능성 등을 종합적으로 고려하여 일부 권리는 제외하였다. 또한 자주 등장한 의료접근권, 보건의료에 대한

개념 분석에서 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계는 개별 권리 수준에서 검토할 것이므로 범주형 인권 목록은 분석에서 제외한다.

전체 386개 건강권 논문에서 건강권과의 관계가 언급된 국제인권법상 인권, 헌법·법률상 주요 권리, 특정 인구집단 권리가 나타난 논문은 각각 180개(46.6%), 179개(46.4%), 93개(24.1%)였다. 각 범주에서 가장 많이 나타난 구체적인 인권·권리는 다음 <표 38>과 같이 인간 존엄, 행복추구권, 국민 권리로 나타났다. 세 가지 범주를 종합한 언급 순위는 인간 존엄, 생명권, 행복추구권, 환경권, 노동권, 인간다운 생활권, 교육권, 국민의 권리, 신체의 자유와 안전, 평등권 등의 순으로 나타나 자유권적 권리가 사회권적 권리보다 우위였다.

표 38. 건강권에 관한 국내 학술 논문에서 건강권과의 관계가 명시된 타 인권·권리 목록 현황

타 인권·권리 목록	
국제인권법상 인권 (37개)	인간의 존엄(18.1%), 생명권(17.9%), 노동권(12.4%), 교육권(10.4%), 신체의 자유와 안전, 평등권(이상, 각 7.8%), 사회보장권(6.7%), 적절한 생활수준(6.0%), 사생활의 비밀과 자유, 자기결정권(이상, 각 5.4%), 소유권(4.7%), 차별금지(4.4%), 자유(4.1%), 이동의 자유(3.9%), 집회의 자유(2.6%), 결사의 자유, 고문금지, 지적소유권(이상, 각 2.3%), 결혼과 가정의 권리, 노동3권(이상, 각 1.8%), 종교의 자유, 참정권(이상, 각 1.3%) 등
헌법·법률상 주요 권리 (41개)	행복추구권(16.6%), 환경권(14.2%), 인간다운 생활권(11.7%), 생존권(5.2%), 식량권, 직업의 자유(이상, 각 4.9%), 주거권(4.7%), 알권리(3.9%), 정보권(3.6%), 안전권, 참여권(이상, 각 2.8%), 인격권, 재산권(생식권)(이상, 각 2.3%), 모성권, 의료인·의사의 진료권(이상, 각 1.8%), 검역주권, 복지권, 생활권, 헌법에 열거되지 아니한 권리(이상, 각 1.3%) 등
특정 인구 집단의 권리	국민(9.1%), 환자(2.8%), 여성(2.3%), 소비자, 수용자, 이주노동자, 아동, 의료인, 의사, HIV/AIDS 감염인, 노숙인, 정신장애인, 취약소외계층, SARS 환자, 간호대상자 등

주1) 괄호 안 백분율은 전체 386개 건강권 논문 대비 해당 인권·권리 언급 논문의 비율을 의미

권리, 의약품접근권, 건강증진에 대한 권리 등은 건강권을 실현하기 위한 세부권리 내용으로 보고 타 인권·권리 목록에서 제외하였다.

(2) ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 건강권과의 관계가 명시된 여타 인권·권리 목록

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 건강권과의 관계를 명시한 여타 인권·권리를 언급한 분석 자료는 7개(17.5%)였다. 이는 1990년-2014년 건강권 논문(66.3%)에 비해 월등히 낮은 비율이다. 언급된 인권·권리 목록이 많지 않기 때문에 범주를 구분하지 않고 나열해 보면, 자기결정권, 주거권, 생존권⁷²⁾, 차별받지 않을 권리, 동등하게 존중받을 권리, 쪽방촌의 권리가 나타났다. 자기결정권, 주거권, 생존권은 두 개 분석 자료에서 언급되었다.

(3) 건강권과의 관계가 명시된 여타 인권·권리 목록에 대한 소결

건강권에 관한 국내 학술 논문과 일반시민은 건강권과 관계 맺은 타 인권·권리(범주형 인권 제외)를 언급했지만 학술 논문에 비해 일반시민의 관심이 월등히 낮았다. 자료 수와 언급 비율의 격차가 커서 학술 논문과 일반시민을 비교하는 것은 무리가 있지만, 건강권 논문에서 언급한 타 인권·권리 목록과 일반시민이 언급한 타 인권·권리 목록을 함께 검토해 보는 것은 필요하다. 건강권 논문에서는 인간 존엄, 생명권, 행복추구권, 환경권, 노동권, 인간다운 생활권 등을 많이 언급했지만 인간 존엄(동등하게 존중받을 권리)을 제외하면 일반시민에게서는 언급되지 않았다. 인간 존엄(동등하게 존중받을 권리) 외에 일반시민이 언급한 자기결정권, 주거권, 생존권, 차별금지권은 건강권 논문에서 나타났지만 언급 비

72) 국가인권위원회 인권용어사전에서는 사회권, 생존권, 사회적 기본권을 동일한 용어로 설명하고 있지만 건강권과의 관계 분석에서 ‘헌법·법을 상 주요 권리’로 포함한 ‘생존권’의 경우 경제적·사회적·문화적 권리를 포괄하는 광범위한 인권 범주를 나타내기엔 협소하고 주거권과 같은 개별 권리보다는 넓은 범주를 나타내는 것이다. 이런 경우 생존권은 생존권적 기본권과 동일한 용어가 아니다.

율은 높지 않았다. 이러한 차이는 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 특수성, 즉 쪽방주민 건강권에 대한 평가와 권고안 도출이라는 과제에서 기인하는 바가 크다. 그러한 특수성에도 불구하고 일반시민들이 건강권을 주거권, 생존권과 같은 사회권적 권리뿐만 아니라 인간 존엄, 자기결정권, 차별금지과 같은 자유권적 권리까지 종합적으로 관계를 맺어 인식한 것은 의미가 있다.

한편, 건강권 논문에서 나타난 건강권과 관계 맺은 타 인권·권리 목록을 좀 더 살펴보면, 인간 존엄, 생명권, 행복추구권과 같은 자유권적 권리들이 환경권, 노동권, 인간다운 생활권과 같은 사회권적 권리보다 더 많은 관심을 받았다. 하지만 자유권적 권리 중에서 건강권의 핵심적 존재의 측면에서 중요한 평등권, 차별금지, 자기결정권, 참정권, 알권리, 정보권 등의 권리들이 많이 언급되지 않은 점은 한계다.

2) 건강권과 여타 인권·권리 사이의 구체적 관계

(1) 건강권에 관한 학술 논문에서 나타난 건강권과 여타 인권 사이의 구체적 관계

건강권과 여타 인권·권리(범주형 인권 제외) 사이의 관계는 전체 386개 건강권 논문 가운데 240개(62.2%)에서 나타났다. 논문의 저자 소속이 법 분야일 경우 나머지 분야에 비해 관계를 월등히 많이 언급했고 논문명에 (특정) 건강권이 존재하지 않은 논문에서 (특정) 건강권이 존재한 논문에 비해 좀 더 많이 언급했다. 학위논문과 학술지논문 사이에는 거의 차이하지 않았다(부록 4의 <표 67>).

지난 25년간 건강권 논문에서는 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계로 존중, 포함, 이념적 일체, 전제조건, 근거, 영향, 제3자의 영향, 충돌 유형이 나타났다. 건강권 개념 분석 측면에서 이들 관계는 개념적 성격, 규

범적 성격, 기능적 성격으로 나눌 수 있고 일부 관계는 규범적 성격과 기능적 성격이 함께 나타나기도 했다. 서론에서 조작적으로 정의한 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙과 비교하면 개별 권리 사이의 개념적·기능적 연결은 나타났으나 절차적·제도적 연결은 나타나지 않았고 규범적 연결이 새로 나타난 것이다.

우선, 건강권과 타 인권·권리 사이의 개념적 성격의 관계로는 존중, 포함 유형이 해당한다. 존중 유형이란 건강권이 건강 영역에서 타 인권·권리를 존중하기 위한 구체적 표현인 관계를 의미한다. 포함 유형이란 건강권과 타 인권·권리가 둘 중 하나의 방향으로 포함되는 관계를 의미한다. 개념적 관계의 구체적 서술 내용을 일부 소개하면 다음과 같다.

[존중 관계] 건강권은 인간의 존엄과 가치권, 행복추구권을 건강생활영역에서 존중하기 위한 구체적 표현임(문헌 263, 인간의 존엄, 행복추구권).

[포함: 건강권 \subset 타 인권] 국민의 건강권을 침해하는 부당한 협정(한미최고기협정)으로 인해 우리 국민의 기본권이 침해받고 우리의 검역주권 행사 불가능함(문헌 250, 국민 권리).

[포함: 건강권 \supset 타 인권] 기본적 자유와 권리는 건강권의 핵심적 구성요소임(문헌 356, 자유).

다음으로 건강권과 타 인권·권리 사이에 규범적 성격의 관계로는 이념적 일체, 전제조건, 근거 유형이 해당한다. 이념적 일체 유형이란 건강권과 타 인권·권리가 이념적 일체를 이루는 관계를 의미한다. 전제조건 유형이란 건강권이 타 인권·권리의 근거에 존재하거나 기본, 핵심, 필수요소, 전제조건이 되는 관계를 의미한다. 근거 유형이란 건강권과 여타 인권·권리가 둘 중 하나의 방향으로 근거가 되는 관계를 의미한다. 규범적 관계의 구체적 서술 내용을 일부 소개하면 다음과 같다.

[이념적 일체] 보건권은 생명권, 행복추구권, 인간다운 생활권 등과 이념적 일체를 이루고 상호관련성 가짐(문헌 007, 065, 110, 159, 생명권, 행복추구권, 인간다운 생활권).

[전제조건] 생명권과 신체의 자유와 안전을 누릴 권리의 근거에 건강권이 존재함(문헌 106, 생명권과 신체의 자유와 안전).

[근거: 건강권\타 인권] 여성 생식권의 헌법적 근거로는 기본권인 인간의 존엄과 가치, 행복추구권, 평등권, 사생활의 비밀과 자유, 모성보호, 건강권, 열거되지 아니한 권리를 들 수 있음(문헌 014, 생식권).

[근거: 건강권/타 인권] 인격권을 모권으로 하는 구체적 권리로는 생명권, 신체권, 건강권, 명예권, 자유권, 초상권, 성명권, 저작권, 프라이버시권 등이 있음(문헌 022, 인격권).

다음으로 건강권과 타 인권·권리 사이의 기능적 성격의 관계로는 영향, 제3자의 영향 유형이 해당한다. 영향 유형이란 방향성에 대한 언급 없이 건강권과 타 인권·권리가 단순히 연관되어 있는 관계이거나 둘 중 하나의 방향으로 긍정적인 영향을 주는 관계를 의미한다. 제3자의 영향 유형이란 제3자에 의해 건강권과 타 인권·권리가 동일 방향이나 반대 방향으로 동시에 영향을 받는 관계를 의미한다. 기능적 관계의 구체적 서술 내용을 일부 소개하면 다음과 같다.

[영향: 단순연관] 특히 여성장애인은 고유의 모성권과 함께 경제적 빈곤과 자립, 최소한의 교육권과 건강권 확보 등 다양한 이슈들이 복잡하게 얽혀 있기 때문에 이들에 대한 차별의 문제도 장애인차별금지법 뿐만 아니라 다양한 관련 법과의 관계 속에서 조명될 필요가 있음(문헌 297, 모성권, 교육권, 차별금지).

[영향: 건강권→타 인권] 인권의 하위 권리 중 건강권은 개발의 중요한 목표이자 다른 인권(노동권, 여성권, 아동권 등)의 달성 수단임(문헌 124, 노동권, 여성권리, 아동 권리).

[영향: 건강권←타 인권] 근로자 건강권 보장을 위해 근로자 참여권 보장되어

야 함(문헌 263, 참여권).

[제3자의 영향: 동일방향] TRIPs협정은 건강권, 식품권, 자기결정권에 부정적인 영향을 미침(문헌 008, 식량권, 자기결정권).

[제3자의 영향: 반대방향] 기후변화는 일부집단에게 생명, 생계, 건강에 관한 권리 등을 위협하나 타 집단에게 개발권 등 혜택을 줌(문헌 147, 개발권).

마지막으로 건강권과 타 인권·권리 사이에 규범적 성격과 기능적 성격을 동시에 갖는 관계로는 충돌 유형이 해당한다. 충돌 유형이란 건강권이 타 인권·권리 보다 우선하거나 건강권과 타 인권·권리 사이가 충돌하거나 건강권과 타 인권·권리 사이에 조화가 필요한 관계를 의미한다. 규범적·기능적 관계의 구체적 서술 내용을 일부 소개하면 다음과 같다.⁷³⁾

[충돌: 건강권 우선] 환자의 생명권, 건강권, 인간의 존엄과 가치라는 보호법익은 무면허시술자의 직업선택의 자유나 행복추구권과 비교할 수 없는 가치임(문헌 068, 직업선택의 자유, 행복추구권).

[충돌: 충돌] 의약품 재분류 기간에 폭발된 피임 전반에 관한 논의에서 여성의 건강권과 자기결정권은 갈등의 주요한 두 축이었음(문헌 347, 자기결정권).

[충돌: 조화 필요] 건강권과 의권은 공존 가능한 권리이고 공생관계에 있음, 국민의 권리로서 건강권과 의사의 권리로서 의권을 조화시킬 필요 존재함(문헌 168, 의사의 의권).

건강권 논문에서 전술한 관계를 언급한 현황을 살펴보면, 언급 빈도 측면에서는 다음 <표 39>와 같이 기능적 성격의 관계, 규범적 성격의 관계, 개념적 성격의 관계 순으로 많이 나타났다. 보다 구체적으로는, 제3자의 동일방향 영향 관계(기능적 성격)가 가장 많이 나타났고, 이어서

73) 기능적 관계 중에서 충돌 유형의 여러 관계는 구체적인 맥락을 이해할 필요가 있다. 특히, 조화 필요 관계는 어느 인구집단의 건강권이고 타 인권·권리인지를 함께 이해해야 한다. 따라서 구체적인 서술 내용을 부록에서 제시한다(부록 4의 <표 68>, <표 69>, <표 70>).

타 인권·권리가 건강권의 근거인 관계(규범적 성격), 단순연관 관계(기능적 성격)가 많이 나타났다. 한편, 모든 관계 유형에서 법 분야 저자들의 논문이 가장 많이 나타나 나머지 분야의 저자 보다 높은 관심을 나타냈다. 하지만 대체로 언급이 많이 된 관계일수록 법 분야 저자들의 비중은 낮아졌다.

표 39. 국내 학술 논문에서 나타난 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계 현황

관계의 유형	언급 논문 수와 비율*	1순위 저자 소속(논문 수)	타 인권·권리 목록**
개념적 성격			
존중 포함	8개(2.1%)	법(5개)	인간 존엄 ¹ , 행복추구권, 생명권
건강권→타 인권	43개(11.1%)	법(18개)	국민 권리 ¹ , 여성 권리, 생존권 등
건강권←타 인권	18개(4.7%)	법(5개)	차별금지 ¹ , 생명권 ¹ , 자유, 평등권 등
규범적 성격			
이념적 일체	4개(1.0%)	법(3개)	생명권 ¹ , 행복추구권 ¹ , 인간다운 생활권 ¹
전제조건	29개(7.5%)	법(18개)	인간 존엄 ¹ , 생명권, 인간다운 생활권 등
근거			
건강권↘타 인권	5개(1.3%)	법(5개)	체육권 ¹ , 재산권(생식권), 환경권 등
건강권↗타 인권	70개(18.1%)	법(29개)	인간 존엄 ¹ , 인간다운 생활권 ¹ , 환경권 등
기능적 성격			
영향			
단순연관	69개(17.9%)	법(30개)	생명권 ¹ , 행복추구권, 노동권, 환경권 등
건강권→타 인권	21개(5.4%)	법(10개)	인간 존엄 ¹ , 인간다운 생활권 등
건강권←타 인권	36개(9.3%)	법(17개)	차별금지 ¹ , 알권리, 인간 존엄 등
제3자의 영향			
동일방향 영향	111개(28.8%)	법(49개)	생명권 ¹ , 행복추구권 등
반대방향 영향	2개(0.5%)	법(2개)	이동의 자유 ¹ , 신체의 자유와 안전 ¹ , 개발권(발전권) ¹
규범적·기능적 성격			
충돌			
건강권 우선	19개(4.9%)	법(12개)	직업의 자유 ¹ , 소유권, 영업권 등
충돌	23개(6.0%)	법(15개)	지적소유권 ¹ , 행복추구권, 직업 자유 등
조화 필요	11개(2.8%)	법(8개)	의사의 직업권 ¹ , 생명권, 소유권 등

*논문 비율은 전체 386개 건강권 논문 대비 해당 관계를 언급한 논문의 백분율임

**많이 언급된 인권·권리 순으로 제시하면서 1순위 인권·권리에는 어깨글자로 '1'을 표기함

상기 표에서 언급 1순위의 타 인권·권리들로 건강권과 여타 인권·권리

사이의 관계를 정리해보면 다음과 같다.

건강권은 건강 영역에서 인간 존엄을 존중하는 구체적 표현이고 차별금지를 포함하며 국민 권리에 포함된다. 건강권은 이념적으로 생명권, 행복추구권, 인간다운 생활권과 일체를 이루고, 인간 존엄의 전제조건이다. 인간 존엄은 건강권의 근거이고 건강권은 체육권의 근거이다. 건강권은 생명권과 연관되고 인간 존엄에 긍정적 영향을 주며 차별금지로부터 긍정적 영향을 받는다. 건강권은 제3자에 의해 생명권과 동일 방향의 영향을 받고 이동의 자유, 신체의 자유와 안전, 개발권(발전권)과는 반대 방향의 영향을 받는다. 건강권은 지식소유권과 충돌하지만 직업의 자유에 우선하고 의사의 직업권과는 조화가 필요하다.

전술한 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계 중 존중, 포함(이상, 개념적 성격), 이념적 일체, 전제조건, 근거(이상, 규범적 성격), 영향, 제3자 영향(기능적 성격) 관계는 건강권의 요소 중 건강 가치, 건강권의 근거·해석·세부권리·작동방식과 내용적으로 중복되기도 한다. 이것은 건강권 개념 분석 틀에서 건강권 요소 부분, 그리고 건강권과 타 인권의 관계 부분이 상호배타적이지 않음을 보여주는 동시에 상호 영향을 통한 건강권 개념에의 기여 가능성을 보여준다. 한편 전술한 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계 중 충돌 유형(규범적·기능적 성격)은 우선순위 쟁점과 부정적 기능을 보여줌으로써 건강권 요소만으로 드러낼 수 없는 건강권 개념의 한 부분을 구성한다. 특히, 우선순위 쟁점의 경우 Nickel이 언급한 권리 개념의 네 가지 요소 중 권리의 비중(weight)과 유사한 것으로서, 서론에서 이 논문의 건강권 개념 분석 틀에선 제외하였지만 이렇게 건강권과 여타 인권 사이의 구체적 관계에서 드러났다. 권리 비중의 내용은 건강권 요소 중 건강권 보유자의 임파워먼트, 건강권 작동방식, AAAQ의 수용성 논의를 촉진함으로써 영향을 줄 수 있다.

한편 전체 건강권 논문의 15가지 개별 관계에서 언급된 주요 타 인권·권리목록은 세 가지 유형(사회권적 권리가 다수, 자유권적 권리가

다수, 자유권적 권리만 존재)으로 나타났지만 전체적으로 자유권적 권리가 다수였다. 따라서 건강권과의 관계가 명시된 타 인권·권리 목록에는 건강의 사회적 결정요인이 제대로 반영되지 않았다고 평가할 수 있다. 하지만 최근 들어 해당 관계를 언급하는 논문이 증가하면서 사회권적 권리목록이 늘어나고 언급도 증가하고 법 분야에 편중된 저자 소속도 다양해지는 등의 긍정적인 현상이 나타나고 있다.

전체 건강권 논문에서 한두 번만 언급되어 전술한 분석 결과에는 포함되지 않은 건강권과 여타 인권·권리 사이의 기타 관계들이 존재한다. 여기에는 개념적 성격의 관계로서 동일 관계, 거리가 있는 관계, 다른 차원의 관계, 특정 범주의 구성 요소 관계가 나타났고 규범적 성격의 관계로서 가장 중요한 가치 관계, 제한 여부가 다른 기본권 관계가 나타났다. 이들 기타 관계는 언급 빈도가 너무 낮다는 한계도 있지만 일부 관계는 관계성이 모호하거나 형식적으로 서술되었다는 한계도 있다. 그럼에도 주목할 만한 내용도 있기에 구체적인 서술 내용을 소개하면, 우선 개념적 성격의 ‘동일 관계’는 건강권이 신체권과 생명권의 다른 이름·속성을 지칭한다는 내용과 건강권을 생명권과 동일 차원에서 논의 가능하다는 내용이 나타났다. 개념적 성격의 ‘거리가 있는 관계’는 소비자 권리 인식은 사회적 기본권으로서의 건강권과 한참 거리가 있다는 내용이고, ‘다른 차원의 관계’는 의료인의 진료권은 건강권과 대립·종속 관계가 아닌 의사의 권리 차원에서 이해해야 한다는 내용이 나타났다. 개념적 성격의 ‘특정 범주의 구성 요소 관계’는 건강권과 타 인권·권리가 특정 범주의 구성요소가 되는 관계로서, 특정 범주로 국민 건강권의 중요한 해석 기준, 사회국가원리의 근거, 저소득층 청소년 정책, 환자 권리, 사회권이 존재하였다. 다음으로 규범적 성격의 ‘가장 중요한 가치 관계’는 건강권이 인간존엄·생명권·행복추구권과 더불어 헌법의 근본이념이라는 내용과 건강권이 생명권과 함께 인간의 가장 중요한 가치라는 내용이 나타났다. 규범적 성격의 ‘제한 여부가 다른 기본권 관계’는 수용자의 경우 자유 등 일부 기본권이 제한될 뿐 건강권 포함한 기본권은 보장해야 한다는 내용이 나타났다.

건강권과 타 인권·권리 사이의 관계를 언급하는 논문은 2000년대 초반과 후반에 크게 증가하는 것으로 나타났다. 기타 관계를 제외한 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계 언급 추이를 살펴보면 다음 <그림 12>와 같이 대체로 2000년대 후반에 본격적으로 언급되었거나 증가 추세가 나타났다. 기능적 성격의 관계에서 증가 추세가 가장 강했고 규범적 성격의 관계, 개념적 성격의 관계 순으로 추세는 약해졌다. 규범적이면서 기능적인 성격의 관계(충돌 유형의 세 가지 관계)에서는 증가 경향이 나타났다고 보기 어렵고, 이들 관계와 함께 부정적 관계로 분류되는 제3자의 반대방향 영향 역시 증가 추세는 나타나지 않았다. 이들 부정적 관계는 다른 관계에 비해 대체로 늦은 시기에 등장했다. 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계를 언급한 논문의 저자 소속은 ‘법’ 분야(39.6%)가 가장 많았고, 개별 관계 유형을 최초로 언급한 논문의 저자 소속도 ‘법’ 분야가 월등히 많았다(12가지 관계 유형)(부록 4의 <표 71>).

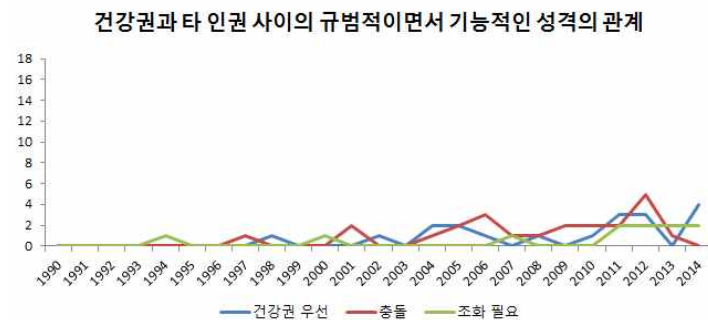
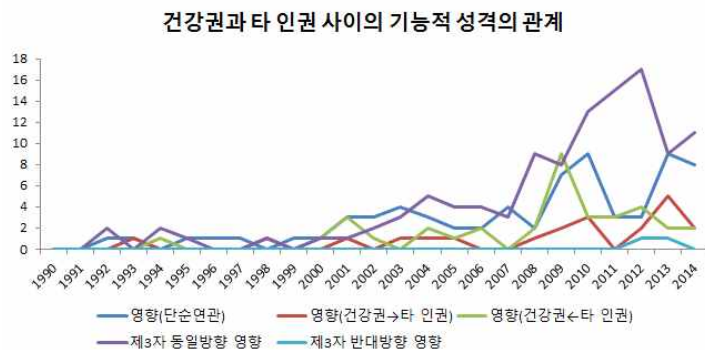
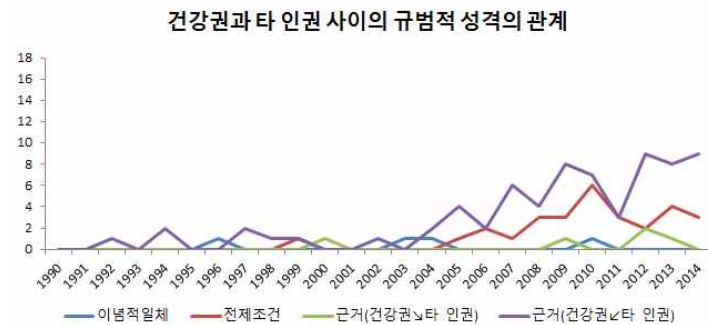
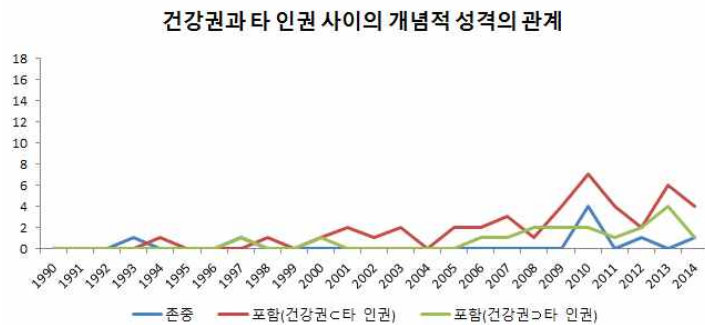


그림 12. 1990-2014년 건강권에 관한 국내 학술 논문에서 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계 언급 추이

한편, 개별 논문 측면에서 관계의 구성 현황을 살펴보면 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계를 언급한 논문의 52.9%에서 복수의 관계를 언급했고 개별 논문에서 최대 일곱 가지의 관계까지 나타났다. 개별 논문에서 언급된 관계의 가짓수가 증가할수록 논문의 발행 연도는 늦어졌다. 복수의 관계를 언급한 논문의 저자 소속은 법 분야가 월등히 많았다(부록 4의 <표 72>). 일곱 가지 관계를 언급한 한 개 논문과 여섯 가지 관계를 언급한 네 개 논문의 내용을 살펴보면, 모두 특정 인구집단의 특정 권리를 화제로 삼았고 전제조건과 단순연관 관계는 모두 언급하였다. 그중 특정 인구집단으로 노동자를 다룬 세 개의 논문은 건강권 우선, 조화 필요, 충돌 관계도 언급하였다(부록 4의 <표 73>). 따라서 특정 인구집단의 건강권 개념을 이해하기 위해서는 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계에 주목하는 것이 필수적임을 알 수 있다.

지금까지 건강권을 기준으로 타 인권·권리와의 관계를 살펴보고, 이제부터 타 인권·권리를 기준으로 건강권과의 관계를 살펴봄으로써 관계에 대한 이해를 한층 더 높일 필요가 있다. 일례로, 건강권이 생명권, 행복추구권, 인간다운 생활권과 이념적 일체를 이루는 관계에서 건강권 기준으로 하면 ‘이념적 일체’라는 관계가 한 번 나타난 것이지만 타 인권·권리 기준으로 하면 생명권과 건강권, 행복추구권과 건강권, 인간다운 생활권과 건강권 사이의 세 가지 이념적 일체 관계가 나타나게 된다. 이런 방식으로 총 93개 타 인권·권리의 기준에서 건강권과 맺은 관계를 분석한 결과, 관계의 총 빈도는 469회에서 1,031회로 2.2배 증가하였다. 또한 언급 빈도의 순위도 단순 연관, 제3자의 동일방향 영향, 타 인권·권리가 건강권의 근거 관계 순으로 바뀌었다. 하지만 이러한 양적 변화 보다는 건강권을 기준으로 분석한 결과에서 발견할 수 없었던 관계의 질적 내용, 개별 타 인권·권리가 건강권과 맺은 상반되는 관계 내용이 확인된 것이 더욱 주목할 만하다.

구체적으로 살펴보면, 총 93개의 타 인권·권리는 건강권과 한 가지 관계부터 열두 가지 관계까지 맺는 것으로 나타났다. 이 중에서 62.4%는 건강권과 두 가지 이상의 관계를 맺었고 행복추구권(12가지 관계), 인간

존엄, 생명권(이상, 각 11가지), 환경권(10가지)의 순으로 관계의 가짓수가 많이 나타났다(부록 4의 <표 74>). 사회보장권, 교육권, 적절한 생활 수준과 같이 건강권과 서너 가지 관계를 맺은 인권·권리에는 건강권과 부정적 관계가 나타나지 않았지만 행복추구권과 같이 관계의 가짓수가 많은 인권·권리에는 긍정·부정 관계와 같은 상반되는 관계가 나타났다. 건강권과 가장 많은 관계를 맺은 행복추구권의 경우 다음 <그림 13>과 같이 건강권의 근거, 건강권과 단순 연관, 제3자에 의한 건강권과 동일방향의 영향 관계가 많이 나타났고 양방향의 포함이나 충돌과 긍정적 영향과 같이 상반되는 관계도 나타났다. 종합하면 국내 학술 논문에서 행복추구권은 건강권과 개념적, 규범적, 기능적 관계를 모두 맺고 있었고 충돌 유형의 부정적 관계도 맺는 것으로 나타났다. 이것은 건강권이 다양한 타 인권·권리와 다양한 관계를 맺기도 했지만, 특정 인권·권리와 다양한 관계를 맺기도 한다는 의미이다. 따라서 일반적으로 알려진 건강권과 특정 인권·권리 사이의 관계 내용에 한정하기보다 구체적인 맥락, 즉 공간, 시간, 제도, 특정 인구집단 등에 맞추어 경험적·실천적으로 구성하는, 개방적 관계로 상정하고 접근하는 것이 필요하다.

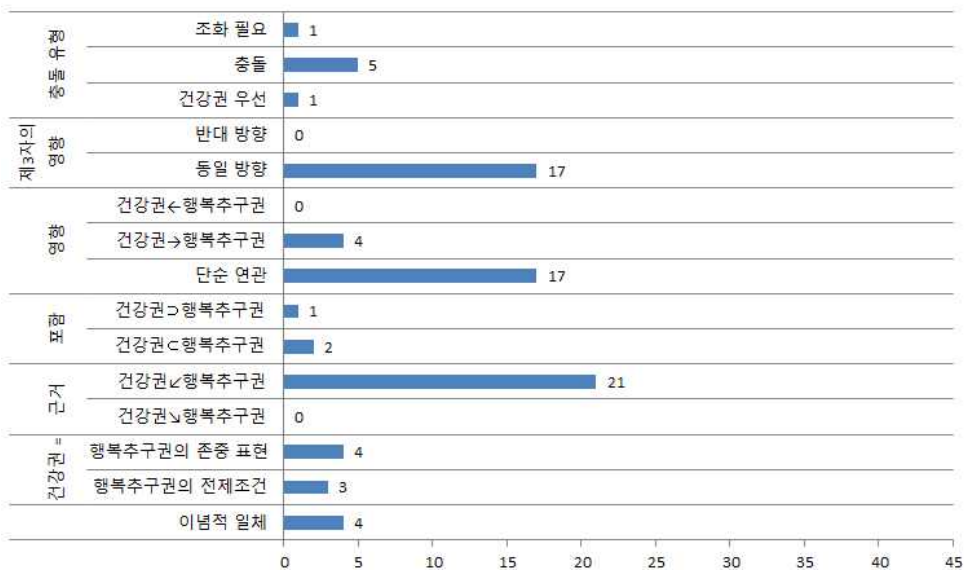


그림 13. 건강권 논문에서 건강권과 행복추구권 사이의 관계 종류와 언급 빈도

여기서 타 인권·권리와 건강권 사이의 상반되는 관계란 전체 건강권 논문에서 도출된 5가지의 관계 쌍으로 긍정적·부정적 관계, 양방향의 근거 관계, 양방향의 포함 관계, 양방향의 영향 관계, 제3자의 영향에서 동일방향과 반대방향의 영향 관계를 말한다.⁷⁴⁾ 이때 긍정적 관계란 단순 연관, 제3자의 반대방향의 영향, 건강권 우선, 충돌, 조화 필요, 기타를 제외한 나머지 관계를 의미하고 부정적 관계란 제3자에 의한 반대방향의 영향, 건강권 우선, 충돌, 조화 필요 관계를 의미한다. 전체 건강권 논문에서 건강권과 상반되는 관계를 나타낸 인권·권리 목록은 다음 <표 40>과 같이 나타났다.

표 40. 개별 타 인권·권리 목록과 건강권 사이의 상반된 관계

건강권과 상반된 관계	타 인권·권리 목록
긍정·부정 관계	인간의 존엄, 생명권, 행복추구권, 환경권, 신체의 자유와 안전, 평등권, 자기결정권, 자유, 사생활의 비밀과 자유, 소유권, 이동의 자유, 직업의 자유, 선택권, 인격권, 의료인·의사의 진료권, 거주자의 자유, 생활권, 의사의 의권, 발전권, 의사·표현의 자유
양방향의 근거 관계	환경권
양방향의 포함 관계	인간의 존엄, 생명권, 행복추구권, 환경권, 노동권, 신체의 자유와 안전, 자유, 환자 권리, 인격권, 재생산권(생식권)
양방향의 영향 관계	인간의 존엄, 생명권, 인간다운 생활권, 환경권, 노동권, 평등권, 알권리
제3자에 의한 동일·반대 방향 영향 관계	신체의 자유와 안전, 이동의 자유, 발전권

상기의 표에서 각각의 인권이나 권리는 건강권과 상반되는 관계를 한 가지부터 네 가지까지 맺은 것으로 나타났다. 구체적으로, 전체 건강권 논문에서 건강권과 두 가지 상반되는 관계를 맺은 행복추구권, 자유, 인

74) 여기서 유념할 점은 ‘5가지 상반되는 관계’라는 조작적 정의는 타 인권·권리와 건강권 사이의 관계를 보다 풍부하게 이해하기 위한 목적에서 나온 개념 틀이므로 가치중립적으로 받아들일 필요가 있다. 왜냐하면 이러한 관계들은 권리주체와 구체적 상황이라는 현실적 맥락을 통해 심층적으로 검토해야 제대로 이해할 수 있기 때문이다. 동시에 Nickel이 지적했듯이 두 가지 권리 사이는 일 방향뿐만 아니라 양방향의 ‘지원 관계’도 가능하므로 양방향의 근거·포함·영향 관계 역시 현실적으로 가능할 뿐만 아니라 이론적으로도 가능하기 때문이다(Nickel, 2008: 990, 1000).

격권(이상, 긍정·부정 관계와 제3자의 동일·반대 방향의 영향 관계), 이동의 자유, 발전권(이상, 긍정·부정 관계와 양방향의 영향 관계)이 있었고 세 가지 상반되는 관계를 맺은 인간 존엄, 생명권(이상, 긍정·부정 관계와 양방향의 포함 관계와 양방향의 영향 관계), 신체의 자유와 안전(긍정·부정 관계와 양방향의 포함 관계와 제3자의 동일·반대 방향의 영향 관계)이 있었으며 네 가지 상반되는 관계(긍정·부정 관계와 양방향의 근거 관계와 양방향의 포함 관계와 양방향의 영향 관계)를 맺은 환경권이 존재했다. 이중 환경권이 건강권과 맺은 네 가지 상반되는 관계의 구체적 내용은 다음 <표 41>과 같다. 이처럼 건강권과 복잡한 관계를 맺는 특정 인권·권리는 건강권과 불가분의 관계임을 알 수 있고, 이로 인해 특수한 맥락에서는 우선순위를 따져야 하는 경우도 발생한다. 따라서 건강권과 특정 인권·권리 사이의 ‘상반되는 관계’는 현실에서 충분히 공존 가능하므로 이것을 논리적으로 모순된다고 폄하하거나 무시해서는 안 된다. 오히려 논리적, 그리고 실천적 측면에서 적극적으로 검토하고 포섭해야 할 도전과제라고 할 수 있다.

표 41. 건강권 논문에서 환경권이 건강권과 맺은 네 가지 상반되는 관계의 내용

관계	관계에 대한 구체적 서술 내용
<ul style="list-style-type: none"> ■ 긍정적 관계 ■ 부정적 관계 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 건강권의 법적 근거인 헌법 제36조제3항은 환경권·행복추구권과 불가분의 이념적 상호관계임(문헌 107) ■ 건강권은 생명보장과 동일 차원에서 파악되고 환경권·생활권보다 우선적 효력을 가져야 함(문헌 263)
<ul style="list-style-type: none"> ■ 환경권↘건강권 ■ 환경권↙건강권 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 헌법에 건강권이 명시적이지 않지만 사회권 보장 조항(제10조 인간의 존엄과 가치, 행복추구권, 제34조 제1항 인간다운 생활권, 제35조제1항 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리)에서 유추가능(문헌 273) ■ 인권조약은 환경보호를 언급하지 않지만 생명권, 건강권 등에서 관련 규범 도출(문헌 147)
<ul style="list-style-type: none"> ■ 환경권⊂건강권 ■ 환경권⊃건강권 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 건강권의 범주는 환경권, 안전권 등을 포함한 일체의 건강하게 생활할 권리를 말함(문헌 095) ■ 환경권은 인간다운 생활권, 인간의 존엄, 행복추구권, 보건권, 청구권 등의 성격을 가지는 종합적 기본권임(문헌 021)
<ul style="list-style-type: none"> ■ 환경권→건강권 ■ 환경권←건강권 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 환경권은 건강권 보장 위한 도구적 권리의 속성 존재(문헌 373_03) ■ 행형법을 포함한 수용자 의료 관련 규정(구금시설 내 수용수의 건강권)은 인간다운 생활을 할 권리, 평등권, 건강한 환경에서 생활할 권리, 인간의 존엄성 등에 크게 반하고 있음(문헌 206)

한편, 타 인권·권리를 기준으로 한 관계 유형 가운데 부정적 관계에 주목해서 살펴본 결과, 다음 <표 42>와 같이 30개의 인권·권리(2개의 특정 인구집단 권리 제외)에서 나타났고 직업의 자유, 지적소유권, 소유권 등의 순으로 건강권과 부정적 관계를 많이 나타냈다. 30개의 인권·권리 목록에는 자유권적 성격의 인권·권리가 많았다.

표 42. 건강권과 부정적 관계를 맺은 타 인권·권리 목록과 관계의 빈도

타 인권·권리	건강권 우선	충돌	조화 필요	반대 방향	소계
직업 자유	6	3	1		10
지적 소유권*	3	6			9
소유권	5	2	1		8
행복추구권	1	5	1		7
특허권*	3	3			6
영업권*	5				5
자유	1	2	1		4
이동 자유		2	1	1	4
선택권, 흡연권*	3				3
인간의 존엄		2	1		3
의료인·의사의 의업권		1	2		3
사적 자치*	2				2
자기결정권	1	1			2
의료인·의사의 진료권, 의사의 의권, 인격권		1	1		2
단체행동권, 생활권, 언론·출판 자유, 평등권, 환경권	1				1
거주 자유, 사생활 비밀·자유, 의사·표현 자유, 자연사할 권리, 학문·연구 자유		1			1
생명권			1		1
발전권, 신체의 자유와 안전				1	1

*굵은 글씨체의 인권·권리는 전체 건강권 논문에서 건강권과 부정적 관계만 맺은 경우임

직전의 표에서 부정적 관계의 빈도가 두 번 이상 나타난 인권·권리에 한하여 비교한 결과, 전체 건강권 논문에서 건강권과 부정적 관계만 맺은 인권·권리로는 지적 소유권, 특허권, 영업권, 흡연권, 사적 자치가 해당하고 긍정적·부정적 관계를 함께 맺은 인권·권리로는 직업의 자유, 소유권, 행복추구권, 자유, 이동의 자유, 선택권, 인간 존엄, 의료인·의사의 진료권, 의사의 의권, 자기결정권, 인격권이 해당한다. 전체 건강권 논문에서 건강권과 긍정적 관계는 맺지 않고 부정적 관계만 맺은 5개 인권·

권리는 공통적으로 부정적 관계 중 조화필요 관계는 부재했다. 물론 더 많은 논의가 필요하겠지만, 이것의 의미는 이들 5개 인권·권리가 건강권에 의해 제한 받을 수 있다는 것이 국내 학술 논문의 입장이라 볼 수 있다. 반면, 건강권과 부정적 관계뿐만 아니라 긍정적 관계도 맺은 인권·권리의 경우 건강권이 우선한다는 내용도 많이 나타났지만 둘 사이의 조화가 필요하다는 내용도 제법 나타났다. 또한 건강권과의 긍정적 관계도 존재하기 때문에 구체적인 맥락, 즉 관심 주제, 특정 인구집단 등과 같은 특수한 조건 속에서 부정적 관계를 이해할 필요가 있다. 물론 권리의 비중 측면에서 논란의 여지가 있는 주장들도 있다(부록 4의 <표 75>). 중요한 것은 건강권과 긍정적·부정적 관계 맺음이 가능한 인권·권리에 대해서 일방적인 우선순위 설정 보다는 구체적 맥락 속에서 면밀한 검토가 필요하다는 점이다. 이것은 앞서 건강권과 특정 인권·권리 사이에 나타나는 상반되는 관계는 논리적·실천적 측면에서 적극적으로 검토해야 할 도전과제라는 것과 일맥상통한다. 이러한 측면에서 건강권과 긍정적·부정적 관계를 맺은 ‘행복추구권’이 건강권과 맺은 부정적 관계의 구체적 내용을 소개하면 다음과 같다.

[건강권 우선] 무면허 의료행위의 규제 논거에 보호법익으로서 생명권, 건강권, 인간의 존엄과 가치가 존재하고 정당화 논거에 직업선택의 자유, 행복추구권, 자기결정권이 존재하나, 환자의 생명권, 건강권, 인간의 존엄과 가치는 보호법익은 무면허시술자의 직업선택의 자유나 행복추구권과 비교할 수 없는 가치이고 설령 무면허시술자의 행위를 환자가 자기결정권에 따라 승낙해도 그 행위는 허용되어서 안 됨(문헌 068).

[충돌] 길거리 흡연의 전면적 금지는 비흡연자 건강권의 침해에 관한 과학적 증거 부재하고 흡연자의 인격권·행복추구권, 일반적 행동자유권을 제한하므로 흡연권의 본질적 내용을 침해하여 위헌임, 흡연시설만 설치하면 혐연권자 건강권과 생활 불편 보장 가능성에도 흡연권의 전면적 박탈은 정당성 없고 위헌임(문헌 332).

[조화 필요] 법령 개정을 통해 비의료인 행위의 유효성과 유용성, 직업선택의 자유, 행복추구권이 인정되는 동시에 환자의 건강권, 생명권, 행복추구권이 실현되기를 기대(문헌 149).

또한 건강권과 긍정적·부정적 관계를 맺은 ‘이동의 자유’가 건강권과 맺은 부정적 관계의 구체적 내용을 소개하면 다음과 같다.

[건강권 우선] 보건 문제에 대한 인권적 접근은 개인권리 보호(건강권, 생명권 등)에 초점을 두거나 공중보건 보호 위한 개인 권리 제한에 초점을 둬. (중략) 국제인권법에서 전염병으로부터 보호받을 권리(건강권 등)와 침해받을 권리(이동의 자유, 신체의 자유)에 대한 규범이 발전(문헌 025)

[충돌] 최빈국·개도국으로부터 선진국으로의 의료인력 이동은 극도로 제한된 보건서비스 접근 환경을 조성하여 source 국가 국민의 보건권을 침해하지만 보건인력 개개인의 행복추구권과 이동의 자유를 행사하는 것이어서 인권법상 보호되는 두 가지 권리가 충돌함(문헌 307)

[조화 필요] 2010년 WHO의 ‘보건인력의 국제모집행위에 관한 전 지구적 윤리규약’은 source국가 국민의 최상의 건강수준을 누릴 권리와 보건인력 개개인의 국가를 이동할 권리를 동시에 고려해야 하나 보건인력 이동의 부정적 영향 감소와 긍정적 영향의 증대를 감안해야 한다고 하여 둘의 관계를 조화롭게 설정하고 있음(문헌 307)

(2) ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 건강권과 여타 인권 사이의 구체적 관계

‘2013 건강권 서울시민회의’에서 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계를 언급한 분석 자료는 8개(17.5%)였고 이는 1990년-2014년 건강권 논문(62.2%)에 비해 매우 낮은 비율이다. 일반시민이 언급한 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계에는 개념적 성격의 양방향의 포함 관계(6개 분석 자료)와 기능적 성격의 영향 관계(1개 분석 자료)가 나타났다. 다시 말해 일반시민은 2가지 유형의 3가지 관계를 언급해서 1990년-2014년 건강권 논문의 8가지 유형의 15가지 관계에 비해 다양성이 부족했고 규범적 성격의 관계는 나타나지 않았다.

언급된 관계 자체가 적기 때문에 건강권 기준, 타 인권·권리 기준과 같은 구분 없이 구체적인 관계를 살펴보면, 포함 유형의 경우 자기결정권,

주거권, 차별받지 않을 권리, 동등하게 존중받을 권리가 건강권에 포함되는 관계와 쪽방촌의 권리가 쪽방주민 건강권에 포함되는 관계, 그리고 건강권이 생존권에 포함되는 관계가 나타났다. 이 가운데 자기결정권이 건강권에 포함되는 관계, 주거권이 건강권에 포함되는 관계는 두 개 분석 자료에서 언급되었다. 영향 유형의 경우 생존권 위협이 건강권에 영향을 미치는 관계만 언급되었다. 따라서 생존권의 경우에만 건강권이 생존권에 포함되는 관계(개념적 성격)와 생존권 위협이 건강권에 영향을 미치는 관계(기능적 성격) 두 가지가 나타났다. 전체적으로 일반시민은 건강권과 타 인권·권리 사이의 긍정적 관계만 언급하였다.

전술한 바와 같이 일반시민이 여타 인권이나 권리에 대해서 ‘인권’이나 ‘권리’라는 용어를 직접 사용하며 언급한 경우는 미미했다. 하지만 일반시민은 1990년-2014년의 건강권 논문에 비해 건강권을 보건의료 영역을 넘어 사생활, 자기결정, 평등, 노동, 주거, 교육, 문화 등의 다른 영역으로 확장하는 경향이 높았다. 따라서 일반시민들이 건강권 보장을 위한 보건의료 외 영역의 요구 사항을 ‘인권’이나 ‘권리’로서 요구하는 경향이 부족한 것은 그것들이 ‘인권’이나 ‘권리’로서 요구할 수 있는 대상은 아니라는 의미인지 아니면 ‘인권’이나 ‘권리’로 주장함으로써 건강권과 여타 인권·권리의 관계를 고려해야한다는 점이 부담스러워서 그러한 것인지는 알 수 없다.

(3) 건강권과 여타 인권 사이의 구체적 관계에 대한 소결

건강권을 다룬 국내 학술 논문과 일반시민에게서 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙은 거의 언급되지 않은 반면, 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계는 상당히 언급되었다. 특히, 일반시민에 비해 학술 논문에서 월등히 많이 언급되었고, 법 분야의 논문 저자들이 높은 관심을 보였다.

우선 국내 학술 논문에서 나타난 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관

계부터 살펴보면, 기능적 성격, 규범적 성격, 개념적 성격의 순으로 많이 나타났고 절차적 연결이나 제도적 연결은 나타나지 않았다. 개념적 성격의 관계로는 존중, 포함 유형이 해당하고 규범적 성격의 관계로는 이념적 일체, 전제조건, 근거 유형이 나타났으며 기능적 성격의 관계로는 영향, 제3자의 영향 유형이 나타났다. 규범적이면서 기능적 성격의 관계도 나타났는데, 여기에는 충돌 유형이 해당한다. 전술한 관계는 또 다른 축으로 긍정적 관계(15가지 관계에서 단순 연관과 네 가지 부정적 관계 제외)와 부정적 관계(제3자의 반대 방향의 영향, 건강권 우선, 충돌, 조화 필요)로도 분류되는데, 전자의 비중이 높았다.

건강권과 타 인권·권리 사이의 관계를 언급한 논문은 2000년대 초반과 후반에 크게 증가하였다. 그중에서 기능적 성격의 관계에서 증가 추세가 가장 강했다. 규범적이면서 기능적인 성격의 관계를 포함하는 부정적 관계는 증가 경향이 나타나지 않았고 다른 관계들에 비해 늦은 시기에 처음 등장하였다. 15가지 관계를 각기 최초로 언급한 논문의 저자 소속은 ‘법’ 분야가 압도적으로 많았다.

건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계 중에는 건강권 요소와 내용적으로 중복되는 경우도 나타났다. 따라서 건강권 개념 분석 틀의 건강권 요소 부분과 건강권과 타 인권 사이의 관계 부분이 상호배타적이지 않고 상호 영향을 줌으로써 건강권 개념에 기여할 수 있음을 확인하였다. 또한 전술한 충돌 유형(규범적이면서 기능적인 성격)은 우선순위 쟁점과 부정적 기능을 보여줌으로써 건강권 요소만으로 드러낼 수 없는 건강권 개념의 한 부분을 구성하였다. 특히 우선순위 쟁점과 같은 권리의 비중은 건강권 요소 중 건강권 보유자, 건강권 작동방식, AAAQ의 일부 논의를 촉진함으로써 영향을 줄 수 있다.

건강권과 여타 인권·권리 사이의 15가지 개별 관계에서 언급된 주요 타 인권·권리 목록은 자유권적 권리가 다수였다. 따라서 건강의 사회적 결정요인이 제대로 반영되지 않았다고 볼 수 있다. 그럼에도 최근 들어 관계 언급이 증가하고 사회권적 권리목록이 늘어나는 현상은 그나마 긍정적이라 할 수 있다.

전체 건강권 논문에서 한두 번만 언급되어 전술한 15가지 관계에 포함하지 않은 기타 관계들이 존재한다. 이들 관계는 개념적 성격이나 규범적 성격을 나타냈지만 일부 관계는 관계성이 모호하거나 형식적으로 서술되어 한계가 있다. 그럼에도 동일 관계, 거리가 있는 관계, 다른 차원의 관계, 가장 중요한 가치 관계 등은 향후 논의할 필요가 있는 관계이다.

개별 논문에서 나타난 관계의 구성 현황을 살펴보면 최소 한 가지 관계에서 최대 일곱 가지 관계까지 나타났고 절반가량의 논문에서 복수의 관계가 나타났다. 복수의 관계를 언급한 논문의 저자 소속은 법 분야가 월등히 많았고 관계의 가짓수가 증가할수록 논문의 발행 연도가 늦어졌다. 개별 논문에서 여섯 가지 관계와 일곱 가지 관계를 언급한 논문을 살펴본 결과, 모두 특정 인구집단의 권리를 다루고 있었고 절반 이상은 충돌 유형도 언급하였다. 따라서 특정 인구집단의 건강권 개념을 이해하기 위해서는 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계에 주목하는 것이 필요하다.

지금까지는 건강권이 다양한 인권·권리와 다양한 관계를 맺는 것을 확인하였다면, 지금부터는 특정 인권·권리가 건강권과 다양한 관계를 맺는 것을 보여주는 분석 결과를 소개하고자 한다. 타 인권·권리 기준으로 건강권과의 관계를 살펴본 결과, 전체 건강권 논문에서 개별 타 인권·권리가 건강권과의 사이에서 맺은 관계는 한 가지 관계에서 열두 가지 관계까지 나타났다. 건강권과 많은 관계를 맺은 인권·권리는 긍정적 관계를 맺으면서 부정적 관계도 맺거나 양방향의 포함·근거·영향 등의 논리적으로 상반되는 관계가 나타났다. 논리적으로 상반되는 관계이지만 현실 속에서는 공존 가능한 관계이므로 건강권 개념을 위해서 적극적으로 검토하고 포섭할 필요가 있다. 따라서 건강권과 특정 인권·권리 사이의 관계는, 특히 건강권과 불가분의 관계에 있는 인권·권리일수록 통상적으로 알려진 관계의 내용에 제약받기보다 구체적인 맥락(공간, 시간, 제도, 특정 인구집단 등)에 따라 경험적·실천적으로 구성하는 개방적 관계로 접근하는 것이 필요하다. 이것은 Greco의 건강의 불확정성 개념에 빗대어

‘건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계의 불확정성’으로 지칭할 수 있다.

한편, 건강권과 부정적 관계를 맺은 30개의 인권·권리를 살펴보면, 자유권적 성격의 인권·권리가 많았다. 이들 중에서 지적 소유권, 특허권, 영업권, 흡연권, 사적 자치는 전체 건강권 논문에서 건강권과 부정적 관계만 나타냈기 때문에 건강권에 의해 제한될 수 있다는 것이 국내 학술 논문의 현재까지의 입장이라 볼 수 있다. 반면 전체 건강권 논문에서 긍정적인 관계와 부정적인 관계를 함께 나타난 인권·권리들은 일방적인 우선순위 설정 보다는 구체적 맥락 속에서 면밀한 검토를 해야 한다. 따라서 건강권과 타 인권·권리 사이의 부정적 관계는 긍정적 관계를 포함한 전체 관계 속에서 고찰, 검토해야 한다.

국내 학술 논문에서 나타난 건강권과의 관계가 두 종류 이상 명시된 전체 타 인권·권리(범주형 인권과 특정 인구집단 권리 제외)를 부정적 관계를 기준으로 정리하면 다음과 같다.

첫째, 1990년-2014년의 국내 학술 논문에서 건강권과의 사이에 부정적 관계만 언급된 5개의 인권·권리가 존재한다. 바로, 지적 소유권, 특허권, 영업권, 흡연권, 사적 자치(이상, 관계의 가짓수가 2가지 이하)이다(A 목록). 이 목록은 건강권과 맺은 관계의 종류가 다양하지 않고, 국제법상 인권의 비중이 낮은 것이 특징이다. 현재까지의 국내 학술 논문의 입장에서는 이들 인권·권리가 건강권에 의해 제한받을 수 있다.

둘째, 1990년-2014년의 국내 학술 논문에서 건강권과의 사이에 부정적 관계가 언급되지 않은 19개의 인권·권리가 존재한다. 바로, 인간다운 생활권, 노동권, 차별금지, 생존권, 알권리, 재생산권(생식권), 교육권, 사회보장권 등이다(B 목록).⁷⁵⁾ 이 목록은 A 목록에 비해 건강권과 맺은 관계의 종류가 다양했고 국제법상 인권이 많이 포함되었다. 또한 이 목록에는 A와 C 목록에 비해 사회권적 권리가 많이 나타났다. 현재까지의 국내 학술 논문의 입장에서는 건강권과 긍정적인 관계를 맺고 있는 이들

75) 추가적으로 식량권, 주거권, 정보권, 안전권, 참여권, 적절한 생활수준, 고문금지, 집회·결사의 자유, 모성권, 과학권, 복지권, 의료인·의사의 직업권, 휴식과 여가의 권리, 검역주권, 체육권, 문화생활 참여·향유권, 결혼과 가정의 권리, 학습권이 포함된다.

인권·권리를 적극적 보장할 필요가 있다.

셋째, 1990년-2014년의 국내 학술 논문에서 건강권과의 사이에 부정적 관계와 긍정적 관계가 언급된 16개의 인권·권리가 존재한다. 바로, 행복 추구권, 인간 존엄, 생명권, 환경권, 자유, 신체의 자유와 안전, 평등권, 이동의 자유 등이다(C 목록).⁷⁶⁾ 이 목록은 A와 C 목록에 비해 건강권과 맺은 관계의 종류가 다양했고 B 목록과 유사하게 국제법상 인권의 비중이 높았다. 하지만 이 목록에는 B 목록과 달리 자유권적 권리가 많이 포함되었다. 현재까지의 국내 학술 논문의 입장에서는 이들 인권·권리가 건강권과 부정적 관계를 맺거나 긍정적 관계를 맺을 수 있기 때문에 이들 관계는 구체적인 맥락에서 면밀히 검토해야 할 것이다.

전술한 내용은 1990년-2014년 학술 논문에서 나타난 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계 현황과 내용으로부터 도출한 것이므로 두 가지 유념할 사항이 있다. 첫째, C 목록처럼 건강권과 맺은 관계가 다양할수록 부정적 관계와 긍정적 관계가 함께 나타났고 전체 건강권 논문에서 다른 관계에 비해 부정적 관계는 늦은 시기에 등장했기 때문에 부정적 관계가 나타나지 않은 B 목록이 C 목록으로 이동할 수 있다. 왜냐하면 건강권과 맺은 관계가 다양하다는 것은 그만큼 건강권과 관련하여 관심과 논의가 많았던 인권·권리라는 의미이기 때문에 그간 관심과 논의가 C 목록만큼 높지 않았던 B 목록의 인권·권리, 특히 사회권적 권리들은 향후 건강권과 더욱 다양한 관계들이 나타날 가능성이 있다. 따라서 현재까지의 국내 학술 논문에서 나타난 결과는 잠정적임을 유념할 필요가 있다. 둘째, 1990년-2014년 국내 학술 논문에서 언급된 건강권과 여타 인권·사이의 관계는 심층적인 논의 보다 언급이나 주장 수준에 머물러 있는 경우가 다수였기 때문에, 지금까지 나온 국내 학술 논문의 입장에 제약받기 보다는 연역적 방식과 귀납적 방식을 통합하여 개척하고 구성해야 하는, 개방적 관계로 상정하고 접근하는 것이 바람직할 것이다.

한편, 일반시민의 경우 앞서 언급했듯이 국내 학술 논문에 비해 건강

76) 추가적으로 인격권, 자기결정권, 사생활의 비밀과 자유, 소유권, 직업의 자유, 선택권, 의료인·의사의 진료권, 생활권, 거주자의 자유, 발전권, 의사·표현의 자유가 포함된다.

권과 여타 인권·권리 사이의 관계를 매우 적게 언급했다. 언급한 관계도 양방향의 포함 관계와 한 방향의 영향 관계만 언급하여 학술 논문에 비해 다양성이 매우 부족했다. 이들 관계는 개념적 성격의 관계가 다수였고 일부 기능적 성격의 관계는 나타났지만 규범적 성격의 관계는 나타나지 않았다. 또한 부정적 관계도 언급되지 않았다. 일반시민은 인간 존엄 외에 학술 논문이 많이 다루지 않은 자기결정권, 주거권, 생존권, 차별금지권과 건강권과의 긍정적 관계를 언급한 점은 의미가 있다. 하지만 일반시민은 학술 논문에 비해 건강권의 영역을 보건의료를 넘어 사생활, 자기결정, 평등, 노동, 주거, 교육, 문화 등의 영역으로 확장하는 경향이 높았음에도 이들 영역을 ‘인권’이나 ‘권리’로서 적극적으로 요구하지 않은 점은 특이할만하다. 다시 말해 일반시민은 보건의료 외 영역에 대해 건강권 세부권리나 작동방식 같은 건강권 요소로 포함하는 것에는 적극적이지만 인권 틀에서 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계로 다루는 것에는 소극적이라 할 수 있다. 이것은 일반시민에게서 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙이 전혀 언급되지 않은 점과 무관치 않을 것이다. 물론 보건의료 외 영역을 건강권 요소로 다룬다고 해서 바람직하지 않은 것은 아니다. 오히려 권장되어야 한다. 단지 건강권 요소로 다루어질 뿐만 아니라 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계에서도 다루어져야 한다는 점이다. 그렇게 되어야 인간 존엄성을 존중할 권리로부터 파생된 인권의 하나인 건강권의 개별적·도구적 가치와 건강 영역에서 인간 존엄을 목표로 하는 건강권의 전체론적·내재적 가치를 동시에 추구할 수 있고 이와 함께 건강권 개념이 바람직한 지향으로 발전할 수 있기 때문이다.

건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 인간 존엄의 강조는 인권이 인간 존엄을 존중할 권리로부터 인권이 파생되고 건강권은 이러한 인권 중에 하나라는 인식에서 비롯된다. 따라서 인간 존엄의 강조는 그 자체가 인권에 배태된 건강권을 인식하게 만들며 인권의 틀에서 건강권과 여타 인권 사이의 관계를 인식하고 고려하도록 만든다. 따라서 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 한국 사회의 건강권과 여타 인권 사이의 관계를 평가

해보면, 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계를 인식하고 언급하는 것은 그 자체로 의미가 있다. 또한 건강권과 관계 맺은 인권으로서 인간 존엄이 가장 많이 언급된 점 역시 긍정적이다. 하지만 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙이 거의 언급되지 않은 점, 참정권, 참여권, 자기결정권, 알권리, 정보권 등의 언급이 미미한 점은 한계이다. 또한 “건강권은 건강 영역에서 인간 존엄을 존중하는 표현”이라는 개념적 성격의 관계는 인간 존엄의 강조 측면에서 긍정적이나 이러한 서술이 몇 차례 언급되지 않은 것은 아쉽다.

국제법상 건강권 개념 측면에서 한국 사회의 건강권과 여타 인권 사이의 관계를 평가해보면 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에서 밀접히 연관되고 의존한다고만 기술된 추상적 관계들이 한국 사회에서 더 많은 인권·권리와 구체적인 형태를 언급하고 있다는 점에서 의미가 있다. 하지만 일반논평 14호의 목록이 골고루 다루어지지 않았는데, 식량권, 주거권, 평등권, 비차별권, 사생활, 정보접근권, 결사·집회·이동 자유가 많이 다루어지지 않은 것은 한계이다. 또한 건강권과의 관계가 많이 언급된 인간 존엄, 생명권, 교육권, 노동권도 언급이나 주장 수준을 넘어선 심층적 논의가 이루어진 경우는 드물기 때문에 한계가 있다.

3. 한국 사회의 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계

1990년-2014년 건강권에 관한 학술 논문에서 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙 자체의 언급은 미미하게 나타난 반면 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계는 상당수 언급된 것으로 나타나 인권이라는 큰 틀에서 전체론적·종합적으로 건강권에 접근하기보다 단발적인 개별 권리 사이의 관계로 다루고 있는 것으로 나타났다. 이러한 현상은 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙을 언급하지 않고 건강권과 타 인권 사이의 개념적이거나 기능적인 관계를 언급한 ‘2013 건강권

서울시민회의'의 일반시민에게도 해당한다. 그럼에도 학술 논문에서 2000년대 후반 들어 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙에 대한 언급이 이전보다 자주 나타나는 점은 그나마 긍정적으로 볼 수 있다.

전술한 현황과 추이는 건강권 논문의 화제, 유형, 주요 저자 소속에 따른 모든 하위 범주에서도 비슷하게 나타났지만, 정도의 차이는 존재했다. 특히, (특정) 건강권을 화제로 다루는 논문이 그렇지 않은 논문에 비해 건강권과 타 인권 사이의 관계에 대한 관심이 일관되게 낮은 것으로 나타나 비판적으로 평가할 수 있다. 이는 (특정) 건강권을 화제로 다루는 논문이 그렇지 않은 논문에 비해 저자 소속에서 법 분야의 비중이 낮고 보건 분야의 비중이 높은 것과 무관하지 않다. 왜냐하면 법학 분야의 저자들이 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계에 대한 관심이 높았기 때문이다.

건강권에 관한 학술 논문에서 건강권과의 관계가 가장 많이 언급된 타 인권·권리는 인간 존엄, 생명권, 행복추구권, 환경권, 노동권, 인간다운 생활권 등의 순이었다. 지금까지는 자유권적 권리가 다수여서 건강의 사회적 결정요인이 제대로 반영되지 않았다고 할 수 있다. 최근 들어 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계 언급이 증가하면서 사회권적 권리 목록도 증가하는 현상은 그나마 긍정적이다.

또한 국제법상 건강권 개념 측면에서 건강권과의 관계가 언급된 인권·권리가 국내 학술 논문에서 모두 언급되었지만 식량권, 주거권, 교육권, 차별금지, 평등성, 프라이버시권, 정보 접근권, 결사·집회·이동의 자유 등이 많이 다루어지지 않은 점은 한계다. 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 중요한 인간 존엄이 가장 많이 언급된 것은 긍정적 현상이지만 함께 중요한 평등권, 차별금지, 자기결정권, 참정권, 알권리, 정보권 등의 권리들이 많이 언급되지 않은 점은 한계다.

일반시민의 경우 건강권과 관계 맺은 타 인권·권리의 언급 자체가 미미한 점, 학술 논문에 비해 건강권을 보건의료 이외의 영역으로 적극

확장하면서도 ‘인권’이나 ‘권리’로서 언급하지 않은 점은 한계이다. 그럼에도 일반시민이 언급한 몇 안 되는 타 인권·권리 목록에 학술 논문에서 많이 언급하지 않은 자기결정권, 주거권, 생존권, 차별금지가 언급된 점과 극도로 취약한 인구집단의 건강권을 다루면서도 주거권과 생존권 같은 사회권적 권리뿐만 아니라 인간 존엄, 자기결정권, 차별금지와 같은 자유권적 권리를 종합적으로 인식한 점은 의미가 있다.

전체 건강권 논문에서 건강권과 타 인권·권리(범주형 인권 제외) 사이의 구체적인 관계는 존중, 포함, 이념적 일체, 전제조건, 근거, 영향, 제3자의 영향, 충돌이라는 8가지 유형에 하위범주까지 고려하면 총 15가지 관계가 나타났다. 제도적, 절차적 성격의 관계는 드러나지 않았지만, 전술한 결과만으로도 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계에는 여러 층위와 차원을 갖는 복잡성이 존재함을 알 수 있다. 이들 관계는 한 축으로 개념적 성격, 규범적 성격, 기능적 성격으로 구분되고 다른 축으로 긍정적 관계, 부정적 관계로 구분된다. 긍정, 부정의 관계에서는 방향성이 없는 단순 연관 관계는 제외된다. 건강권 논문에서는 기능적 성격의 관계, 규범적 성격의 관계, 개념적 성격의 관계 순으로 많이 나타났다. 또한 긍정적 관계에 비해 부정적 관계는 훨씬 적게 나타났는데 최근 들어 본격적으로 언급되기 시작했다. 전술한 관계의 모습은 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙이 기능적 측면뿐만 아니라 규범적, 개념적 측면에서도 나타남으로써 전체적으로 건강권 개념에 기여하고 있음을 알 수 있다. 이 지점은 사회역학 분야에서 건강의 사회적 결정요인 개념에 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙이 기여할 수 있는 부분이다.

건강권 논문에서 언급된 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계는 일부 내용이 건강권 요소와 겹치기도 하여, 상호배타적이지 않은 것으로 확인되었다. 인권의 도구적 가치에 한층 강조점을 두게 되는 건강권 요소로서 다루어지든, 인권의 내재적·표출적 가치에 한층 강조점을 두게 되는 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계로서 다루어지든 실은 무방하지만 강조점에서 차이가 있기 때문에 양쪽에서 다루면서 상호 영향을 주는 것

이 필요하다. 여러 관계 중 충돌 유형의 경우 우선순위 쟁점과 같은 권리의 비중을 제기함으로써 건강권 요소만으로 포착할 수 없는 건강권 개념의 한 부분을 드러냈다. 이러한 부정적 관계의 내용은 건강권 요소의 일부 논의를 촉진함으로써 영향을 줄 수 있다.

개별 논문 측면에서 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계가 언급된 논문의 절반가량은 복수의 관계를 언급하였고 최대 일곱 가지 관계를 언급하였다. 관계의 가짓수가 많이 나타난 논문은 모두 특정 인구집단의 권리를 다루고 있었고 상당수는 충돌 유형도 언급하였다. 따라서 특정 인구집단의 건강권 개념을 다룰 때에는 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계를 반드시 유념하고 검토하는 것이 필요하다.

전체 건강권 논문에서 개별 타 인권·권리를 기준으로 건강권과의 관계 맺음을 살펴본 결과, 관계의 종류가 한 가지에서 열두 가지까지 나타났다. 건강권과 다양한 관계를 맺는 타 인권·권리일수록 전체 건강권 논문에서 긍정적·부정적 관계를 맺거나 양방향의 포함·근거·영향 관계를 맺는 등 논리적으로 상반되는 관계가 나타났다. 따라서 ‘논리적으로’ 상반되지만 현실 속에서 공존하고 있는 관계이므로 건강권과 밀접하게 연관된 인권·권리일수록 구체적인 맥락을 고려하는 개방적 관계로 접근하는 것이 필요하다. 이러한 개방적 관계는 건강권과 여타 인권·권리 사이 관계의 불확정성이며, 경험적·실천적 측면에서 적극적으로 유념하고 검토해야 할 도전과제이다.

논리적으로 상반되는 관계 중 긍정적 관계와 부정적 관계를 주목할 필요가 있다. 여기서 부정적 관계는 건강권의 개념·실현 과정·정당화의 발전에 기여할 수 있기 때문에 중요하다. 이러한 부정적 관계는 고립적으로 다루기보다 긍정적 관계를 포함하는 전체 관계 속에서 다루어야 한다. 부정적 관계 기준으로 보면 전체 건강권 논문에서 건강권과의 관계가 언급된 인권·권리는 부정적 관계만 맺은 경우(A 목록), 부정적 관계를 맺지 않은 경우(B 목록), 부정적 관계와 긍정적 관계를 맺은 경우(C 목록)로 나뉜다. 건강권과 맺은 관계의 다양성, 국제인권법상 인권, 사회권적 권리 측면에서 A 목록, B 목록, C 목록은 차이가 있었다. 건강권과

맺은 관계의 다양성이 가장 높고 국제법상 인권의 비중이 높으며 자유권적 권리가 많이 포함된 것은 C 목록이었고 C 목록 보다 관계의 다양성은 떨어지지만 국제법상 인권의 비중이 비슷하며 사회권적 권리가 많이 포함된 것은 B 목록이었다. 관계의 다양성이 가장 낮고 국제법상 인권의 비중이 낮으며 자유권적 권리로 구성된 것은 C 목록이었다. 향후 관계 측면에서 관심이 높아지면 B 목록의 인권·권리는 C 목록으로 충분히 이동할 수 있다. 여기서도 강조점은 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계를 불확정적으로 상정하고 개방적 관계로 접근하는 것이 필요하다는 것이다. 특히나 지금까지 나타난 국내 학술 논문의 내용은 심층적 논의 보다 언급이나 주장 수준의 내용이 많았기 때문에 더욱 그러하다. 또한 건강의 사회적 결정요인을 반영하여 건강권과의 관계 측면에서 사회권적 권리에 대한 관심을 높일 필요가 있다. 그럼에도 지난 25년간 국내 논문에서 건강권과 부정적 관계만 맺은 지적 소유권, 특허권, 영업권, 휴먼권, 사적 자치는 부득이한 경우 건강권 보장을 위해 제한받을 수 있다는 점은 유념할 필요가 있다.

한편 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 나타난 건강권과 여타 인권과의 관계는 양방향의 포함 관계와 일방향의 영향 관계라는 2가지 유형의 3가지 관계가 나타났다. 학술 논문에 비해 관계 언급이 미미하고 개념적 성격과 기능적 성격의 관계에 대한 언급만 나타나 양적·질적으로 부실하게 보인다. 하지만 ‘인권’이나 ‘권리’ 용어를 직접 사용하지 않았을 뿐 건강권을 보건의료 영역을 넘어 사생활, 자기결정, 평등, 노동, 주거, 교육, 문화 등의 다른 영역으로 확장하는 경향은 학술 논문에 비해 강했다. 다시 말해 일반시민은 보건의료 이 외의 영역을 건강권의 요소 측면에서 적극적으로 인식한 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계 측면에서 소극적으로 인식하고 있었다. 이것은 일반시민이 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙을 언급하지 않은 것과도 무관치 않다. 학술 논문에 비해 일반시민들이 보건의료 이 외의 영역을 건강권 요소로 적극 인식하는 것은 건강권 개념의 진전이며 이러한 영역이 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙 측면에서 논의된다면 건강권 개념이 더욱 발전하

게 될 것이다. 그 이유는 건강권 요소로서 다룬다는 것은 인권의 도구적 가치가 보다 강조되는 것이라면 건강권과 여타 인권 사이의 관계로 다룬다는 것은 인권의 전체론적·내재적 가치가 보다 강조되는 것이기 때문이다. 어느 쪽이든 관심과 논의의 제고를 통해 상호 영향을 주고 궁극적으로 건강권 개념 발전에 기여하는 것이 바람직하다.

건강권에 관한 국내 학술 논문과 일반시민의 숙고 내용에서 나타난 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계를 평가하면, 건강권의 핵심적 존재의 측면에서 건강권과 여타 인권 사이의 관계를 다루는 것 자체가 의미가 있고 건강권과 관계 맺은 인권·권리 목록에서 인간 존엄이 가장 많이 언급된 점 역시 긍정적인 현상이다. 하지만 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙에 대한 언급이 거의 없었던 점은 인권을 개별 권리의 총합이 아닌 전체론적·종합적 체계 속에서 사고하면서 건강권을 인간 존엄성 보장을 위한 전체 인권의 한 요소로서 인식하지 못하고 있음을 반영한다. 또한 건강권과의 관계가 언급된 타 인권 목록에서 참정권, 참여권, 자기결정권, 알권리, 정보권 등의 언급이 미미한 점은 권력의 재조정 측면에서 건강권에 대한 인식이 부족함을 반영한다. 한편, 건강권과 인간 존엄 사이의 관계에서 나타난 “건강권은 건강 영역에서 인간 존엄을 존중하는 표현”이 인간 존엄을 강조한다는 측면에서 긍정적이지만 언급 빈도가 미미한 것은 아쉽다.

또한 국제법상 건강권 개념 측면에서 평가해보면, 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에서도 짧은 단락에서 추상적으로 나열된 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계가 국내 학술 논문과 일반시민에게서 훨씬 더 많은 인권·권리 목록과 구체적인 형태의 관계로 언급된 것은 매우 의미가 있다. 하지만 일반논평 14호에 적시된 인권·권리 목록들이⁷⁷⁾ 국내에서 골고루 다루어지지 않은 것은 한계다. 특히, 식량권, 주거권, 평등권, 비차별권, 사생활, 정보접근권, 결사·집회·이동 자유가 많이 다루어지

77) 이 목록에는 식량권, 주거권, 노동권, 교육권, 인간존엄성, 생명권, 비차별권, 평등권, 고문금지, 사생활, 정보 접근권, 결사·집회·이동의 자유, 자유 등이 제시되어 있다(유엔 사회권위원회 일반논평 14호 3번째 단락).

지 않았다. 또한 건강권과의 관계가 많이 언급된 인간 존엄, 생명권, 교육권, 노동권도 언급이나 주장 차원을 넘어서 관계에 대한 심층적인 논의가 이루어진 경우는 드물기 때문에 충분히 다루어졌다고 보기는 어렵다.

제6장 결론 및 제언

1. 한국 사회의 건강권 개념

1990년-2014년 건강권에 관한 국내 학술 논문과 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 생성된 일반시민의 숙의 과정 산물을 중심으로 한국 사회의 건강권 개념을 도출하고 평가한 결과는 다음과 같다.

1) 한국 사회의 건강권 요소

건강권 요소 측면에서 보면 국내 건강권 논문에서는 건강 가치 혹은 개념, 건강권 보유자, 건강권 의무담지자, 건강권 근거, 건강권 내용이 모두 나타났지만 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서는 건강권 근거 이 외의 네 가지 요소만 나타났다. 하지만 다른 요소들이 건강권 근거를 대신하였다. 따라서 건강권 개념 이해 측면에서 이들 다섯 가지 요소의 유의성이 구체적으로 확인되었다.

국내 건강권 논문의 발행이 증가할수록, 일반시민의 숙의 과정이 진행될수록 언급되는 건강권 요소의 가짓수와 빈도가 증가하였다. 따라서 국내의 학술적 관심이 증가하고 사회적 숙의 과정이 증가하면 건강권 개념이 더욱 풍부해질 것이다. 하지만 국내 건강권 논문에서는 지난 25년 동안 지속적으로 건강권 내용에 편중되면서 다른 건강권 요소에는 소홀했다. 이로 인해 건강권 개념에서 정당화, 명확화 측면은 상대적으로 부족했다. 뿐만 아니라 건강권 세부권리 중에서도 건강 관련 프로그램의 목록 요구가 월등히 많이 나타나 자유권, 소극적 청구권, 절차, 건강 (외) 상태, 건강 관련 프로그램의 충분성 기준, 건강 관련 프로그램의 결정규칙과 같은 다른 방식의 요구에는 관심이 낮았다. 건강 관련 프로그램의

종류도 보건의료 이 외의 영역에 대한 관심은 낮았다. 상대적으로 덜했지만 일반시민에서도 그러했다.

양적 측면에서 한 가지 건강권 요소(대부분 건강권 내용)만 언급한 논문이 34.5%로 상당하였다. 그럼에도 복수의 요소를 언급한 논문이 더 많았기 때문에 건강권 요소 간 양적 연관성이 나타났다. 질적 측면에서 개별 논문은 건강권 요소 간 내용적 연관성을 나타내기도 했지만, 전체 논문에서는 일관된 내용적 연관성을 찾기가 어려웠다. 이에 비해 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서는 건강권 요소 간 양적·질적 연관성이 상대적으로 강하게 나타났다. 하지만 권리의 논리구조와 같은 논리적 엄밀성을 갖추었다고 보기 어렵다. 따라서 전체적으로 한국 사회에서 나타난 건강권 요소 간 논리적 엄밀성은 약하다.

지난 25년간 국내 학술 논문에서 가장 많이 언급된 건강권 요소의 내용을 요약하면, 세계보건기구의 건강 개념을 바탕으로 모든 사람들이 국가에게 헌법 제36조 3항을 근거로 보건의료 프로그램을 요구하는 것이다. 보다 상세하게 요약하면 다음과 같다.⁷⁸⁾

[건강 요소] 건강 그 자체, 공동체, 삶, 인권, 행복 등에서의 다양한 건강 가치 혹은 세계보건기구의 건강 개념을 바탕으로,

[건강권 보유자 요소] 국민 이 외의 사람들에게 건강권 보유자의 자격을 제한할 수 있지만 모든 사람들은, 임파워먼트가 증가하고 있고,

[건강권 의무담지자 요소] 체계적인 의무 유형과 무관한 의무내역을 많이 부여 받고 있는 건강권 의무담지자인 국가에게,

[건강권 근거 요소] 주로 헌법 제36조 3항에 근거하고 일부는 세계인권선언 제25조나 사회권규약 제12조에 근거하여,

[건강권 내용 요소] ‘건강 침해 금지와 국가의 급부와 배려 요구’라는 건강권 해석에 따라, 실현과정에서 ‘평등과 비차별’ 원칙과 ‘접근성’을 충족하는 보건의료 프로그램을 요구하지만, 건강권 지표와 벤치마크는 부족하다.

78) 주요 쟁점 위주로 단순화하다 보니, 요소 간 흐름이 매끄럽지 못하고 더 많은 내용들이 많이 제외되었으므로 이를 감안해야 한다.

일반시민에서는 전술한 건강권 논문의 개념과 다소 다른 개념이 나타났다. 일반시민이 건강권 논문과 다른 점은 건강 가치가 중요한 논리적 요소임을 보여준 점, 모든 사람에게 건강권 보유자의 자격을 인정하고 건강 분야를 넘어서 삶이나 존재 전반에 대한 임파워먼트 필요성을 주장한 점, 건강권 근거를 전혀 언급하지 않았으나 여타 요소가 그 역할을 대신한 점, 건강권을 건강 달성 수단 보다 건강권 보유자의 삶과 임파워먼트 측면에서 해석한 점, 건강권 세부권리에서 자유권, 제도적 방식, 상태 요구, 프로그램의 충분성 기준이나 결정규칙에 더 많은 관심을 보인 점, AAAQ 개념들에 대한 학습 없이 AAAQ 요소를 언급하고 모호하긴 하지만 벤치마크를 도출했다는 점이다. 이러한 차이는 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 특수성, 즉 모든 사람의 건강권에 대한 숙고뿐만 아니라 쪽방주민의 건강권에 대한 평가와 권고안 도출을 수행한 특수성에서 일부 기인한다. 또한 전문적·분과적 관점을 지닌 논문 저자들과 달리 경험, 상식, 도덕 감정 등을 기반으로 숙의를 통해 통합적·포괄적 관점을 보여줄 수 있었던 일반시민이었기에 가능했으리라 본다.

2) 한국 사회의 건강권과 타 인권 사이의 관계

다음으로 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계 측면에서 보면 지난 25년간 국내 학술 논문에서는 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계가 인권이라는 전체론적·종합적 체계에서 다루어지기보다 개별 권리 사이의 관계로 다루어졌다. 이러한 판단의 근거는 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙 자체에 대한 언급이 미미했던 반면, 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계는 상당수 언급되었기 때문이다. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서는 이러한 원칙이 전혀 언급되지 않았고 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계에 대한 관심도 낮았다. 최근 들어 국내 학술 논문에서 이들 원칙이 자주 언급되고 있는 현상은 그나마 긍정적이다.

한국 사회의 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계에는 건강의 사회적

결정요인이 잘 반영되지 않았다. 국내 학술 논문에서 건강권과의 관계가 언급된 인권·권리 목록에는 자유권적 권리가 사회권적 권리 보다 많이 나타났다. 건강권과의 관계에서 많이 언급된 타 인권·권리는 인간 존엄, 생명권, 행복추구권, 환경권, 노동권, 인간다운 생활권 등의 순이었다. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서는 학술 논문에 비해 보건의료 이 외의 사회복지, 주거, 문화 영역 등을 포괄하는 경향이 강했음에도 이들 영역을 복지권, 주거권, 문화권 등의 인권·권리로서 다루지 않았다. 최근 들어 국내 학술 논문에서 사회권적 권리 목록이 늘어나고 언급도 증가하는 현상은 그나마 긍정적이다.

지난 25년간 국내 학술 논문에서 언급된 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계는 기능적 성격(영향, 제3자의 영향, 충돌), 규범적 성격(이념적 일체, 전제조건, 근거, 충돌), 개념적 성격(존중, 포함) 순으로 많이 나타났다. 또한 긍정적 관계가 부정적 관계 보다 많이 나타났고 최근 들어 부정적 관계가 본격적으로 언급되고 있다. 개별 논문에서는 건강권이 여타 인권·권리와 복수의 관계를 맺기도 했는데, 다양한 관계가 나타난 논문은 특정 인구집단의 권리를 다루는 경우가 많았다. 따라서 특정 인구집단의 건강권을 다룰 경우 해당 인구집단의 다른 권리를 유의해야 한다. 타 인권·권리 기준으로 전체 건강권 논문에서 건강권과 다양한 관계를 맺은 인권·권리일수록 논리적으로 상반되는 관계를 언급하는 경향이 높았다. 따라서 건강권과 밀접한 인권·권리일수록 관계의 불확정성이 존재하므로, 통상적으로 알려진 관계의 내용에 한정하기보다 구체적인 맥락에 따라 구성되는 개방적 관계로 상정할 필요가 있다.

전체 건강권 논문에서 건강권과 맺은 부정적 관계를 기준으로 타 인권·권리를 분류하면 첫째, 지적 소유권, 특허권, 영업권, 흡연권, 사적 자치는 부정적 관계만 나타났다. 현재까지의 국내 학술 논문의 입장에서는 전술한 목록은 건강권에 의해 제한받을 수 있다. 둘째, 국제인권법상 인권의 비중이 높고 사회권적 권리가 많이 포함된 인간다운 생활권, 노동권, 차별금지, 생존권 등의 19개 인권·권리 목록은 건강권과의 사이에 부정적 관계가 나타나지 않았다. 추후 이들 목록에 대한 관심이 증가하면

부정적 관계가 언급될 수도 있다. 셋째, 국제인권법상 인권의 비중이 높고 자유권적 권리가 많이 포함된 행복추구권, 인간 존엄, 생명권, 환경권, 자유 등의 16개 인권·권리 목록은 건강권과의 사이에 부정적 관계와 긍정적 관계가 나타났다. 이들 목록은 건강권과 가장 다양한 관계를 맺는 것으로 나타났는데, 이들 관계 역시 구체적인 맥락에서 개방적 관계로 상정하고 접근해야 한다.

지난 25년간 국내 학술 논문에서 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계에 대한 관심은 법학 분야의 논문 저자들이 가장 높았다. 앞서 일반시민의 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계에 대한 낮은 관심을 언급했는데, 그럼에도 건강권과의 관계 측면에서 인간 존엄 이 외에 학술 논문이 많이 다루지 않은 자기결정권, 주거권, 생존권, 차별금지를 언급한 것은 의미가 있다.

건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계는 내용적으로 건강권 요소와 일부 중복되기도 했다. 따라서 건강권 개념 분석 틀에서 건강권 요소 부분과 건강권과 타 인권 사이의 관계 부분이 상호배타적이지 않고 서로 영향을 받을 수 있다. 충돌 유형의 경우 우선순위 쟁점과 부정적 기능을 제시함으로써 건강권 요소만으로 드러낼 수 없는 건강권 개념의 부분을 구성하고 있다. 건강권 요소로 다루게 되면 인권에서의 건강권의 개별적·도구적 가치를 보다 강조할 수 있고 건강권과 타 인권 사이의 관계로 다루게 되면 인권의 전체론적·내재적 가치를 보다 강조할 수 있는 장점이 있다.

3) 한국 사회의 건강권 개념 평가

국제법상 건강권 개념 측면에서 한국 사회의 건강권 요소는 전체적으로 국제법적 건강권 개념을 제대로 반영하지 못하고 있었다. 구체적으로는, 건강권 요소 중 건강권 의무담지자와 건강권 근거, 건강권 해석은 국

내법과 헌법재판소의 판례를 더 많이 언급했다. 또한 국제법적 개념이 많이 반영된 건강 개념, 건강권 보유자, 작동방식(다섯 가지 모두 언급), AAAQ(네 가지 모두 언급), 지표, 벤치마크는 내용 상 한계가 있거나 언급 자체가 미미해서 존재감이 부족했다. 왜냐하면 건강 개념의 경우 다수 논문이 WHO 개념을 무비판적으로 언급했고 비록 협소한 개념이긴 하지만 WHO 개념을 성찰한 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 건강 개념은 언급하지 않았기 때문이다. 또한 건강권 보유자의 경우 국내법과 국가 재정 부담을 이유로 자격을 국민으로 한정한 논의가 일부 나타났고, 작동방식(다섯 가지 모두 언급), AAAQ(네 가지 모두 언급), 지표, 벤치마크는 언급 자체가 미미해서 건강권 개념에서의 비중이 미미했기 때문이다. 전체적으로 한국 사회의 건강권 요소에서 낮은 비중을 차지한 국제법상 건강권 개념은 국내법상 건강권 개념, 양측과 무관한 건강권 개념과 소통 없이 공존하고 있었다.

국제법상 건강권 개념 측면에서 유엔 사회권위원회 일반논평 14호는 건강권과 여타 인권 사이의 상호의존성·상호연관성을 강조하고 관련된 여타 인권 목록을 소개하고 있다. 하지만 구체적인 관계의 형태는 적시하지 않았다. 따라서 점차 실천적으로, 경험적으로 구성해 나가야 할 부분이다. 이런 상황에서 국내 학술 논문과 일반시민에게서 나타난 건강권과 여타 인권 사이의 구체적인 개념적, 규범적, 기능적 성격의 관계 형태는 의미가 있다. 하지만 일반논평 14호에서 언급된 인권·권리 가운데 국내에서 많이 다루어지 않은 목록(식량권, 주거권, 평등권, 비차별권, 사생활, 정보접근권, 결사·집회·이동 자유)이 있다는 점과 국내에서 많이 언급된 관계(인간 존엄, 생명권, 교육권, 노동권)라고 하더라도 심층적 논의에 이르지 못하고 피상적인 경우가 대부분이라는 점은 한계이다.

건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 한국 사회의 건강권 요소는 인간 존엄, 권력의 재조정, 의무와 책무성 기제를 제대로 반영하지 못하고 있다. 구체적으로는, 이들과 연관성 높은 건강권 요소인 건강권 보유자, 건강권 의무담지자, 그리고 건강권 내용 중 작동방식과 지표·벤치마크에 대한 관심이 높지 않을 뿐만 아니라 언급 내용 측면에서도 건강권 보유

자의 자격 제한이나 미시적·개체주의적 임파워먼트 주장이 나타났고 의무담지자에 대한 슬로건식 의무내역 나열, 평등과 비차별을 제외한 참여, 평가, 책무성, 지표·벤치마크 필요성의 저조한 언급 등 한계가 있었다. 특히 건강권 내용 중 작동방식은 평등과 비차별, 참여, 모니터링과 평가, 책무성, 제3자의 건강권 인식과 활동을 제시함으로써 건강권 실현 과정에서 건강권의 핵심적 존재의의를 반영하지만 평등과 비차별 외에는 언급 비중이 낮고 그중에서도 책무성은 극소수 언급되어 기여가 크지 않았다. 또한 건강 가치 요소에서 인간 존엄·자유·평등과 건강 가치의 연계, 건강권 내용 중 세부권리에서 참여와 같은 절차 요구도 나타났지만 비중은 낮았다. 따라서 건강권이나 보건의료에서의 평등과 비차별 요구나 건강권 보유자의 구조적·통합적 임파워먼트 강조 외에는 건강권의 핵심적 존재의의가 제대로 나타나지 않았다.

건강권과 여타 인권 사이의 관계에 대한 주목은 개별 권리의 법적·제도적 보장이라는 인권의 도구적 역할의 한계를 넘어서 건강 영역에서 인간 존엄을 핵심 목표로 두고 인권에 대해 전체론적·종합적으로 접근할 수 있는 개념적 틀을 제공한다. 또한 건강권과 여타 인권 사이의 개념적·규범적 관계와 부정적인 기능적 관계는 건강 가치를 추구하는 여타 접근법과 달리 건강권 접근법만이 주목하고 문제 제기할 수 있는 쟁점으로서 가치가 있다. 따라서 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 한국 사회가 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계를 인식하고 언급한 것은 그 자체로 의미가 있다. 또한 건강권과 많은 관계를 맺은 타 인권 목록에 인간 존엄, 행복추구권, 생명권이 포함된 점 역시 긍정적이다. 하지만 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙이 거의 언급되지 않은 점, 평등권, 차별금지, 자유, 프라이버시권, 자기결정권, 알권리, 참정권, 사회보장권, 적절한 생활수준 등이 적게 언급된 점은 인간 존엄과 함께 권력재조정, 의무와 책무성 기제가 잘 반영되지 않았음을 보여준다. 또한 개념적 성격의 관계 중 “건강권은 건강 영역에서 인간 존엄을 존중하는 표현”이 건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 의미가 있지만 전체 건강권 논문에서 몇 번 언급되지 않은 것은 아쉽다.

따라서 한국 사회의 기존 건강권 개념은 보건의료에 대한 선언적 요구가 많고 인권이라는 큰 틀에서 접근하기보다 개별 권리로 접근하고 있으며 국제법상 건강권 개념과 건강권의 핵심적 존재의의가 잘 반영되지 않고 있다고 요약할 수 있다.

2. 토의

한국 사회의 기존 건강권 개념을 고찰해보면, 전반적으로 협소하고 단순하며 피상적이었고 실현과정에 대한 관심은 매우 낮았다고 할 수 있다. 먼저 한국 사회의 건강권 개념이 협소하다는 것은 건강권을 인권이라는 틀에서 사고하기보다 개별 권리로서 사고하고 국제법적 건강권 개념 보다 국내법과 헌법재판소 판례에 기반을 두며 타 영역 보다 보건의료에 한정하는 내용이 많다는 것을 의미한다. 이것은 건강이 다른 인권의 행사에 필수적이고 기본적인 인권이라는 주장과 같이 건강 가치를 인권 틀에서 사고하는 경향이 부족한 점, 국내법이나 국가 재정 부담과 같은 이유로 건강권 보유자의 자격을 국민으로 한정해야 한다는 주장이 여전히 존재한다는 점, 세계인권선언, 사회권규약과 같은 국제 근거 보다 협소한 개념을 보인 국내 근거에만 바탕을 둔 논문이 상당수 존재한다는 점, 건강권을 ‘건강 침해와 금부·배려 요구’라고 해석한 논문이 다수였다는 점, 건강권 의무유형으로 적극적·소극적 의무가 다수였다는 점, 건강권 세부권리 내용은 보건의료 영역이 압도적으로 많았던 점, 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙에 대한 인식이 부족하다는 점 등에서 확인할 수 있다.

또한 한국 사회의 건강권 개념이 단순하다는 것은 건강권 개념에 대해 논의할 수 있는 방식이 다양하게 존재함에도 일부 방식에 편중되어 있다는 것을 의미한다. 건강권 요소, 건강권과 타 인권 사이의 관계, Rumbold 분류 틀, Nickel의 인권 분류 기준과 같은 틀은 건강권을 논의

할 수 있는 다양한 방식을 보여준다. 방식은 내용을 제약하기 때문에 다양한 방식은 곧 다양한 내용을 형성한다. 따라서 건강권 요소, 건강권과 타 인권 사이의 관계에 따르면 건강 가치나 개념, 건강권 보유자의 자격과 임파워먼트, 건강권 의무담지자의 존재와 의무내역, 건강권 해석, 건강권 세부권리, 다섯 가지 건강권 작동방식, AAAQ, 건강권의 지표와 벤치마크, 여타 인권·권리와 건강권 사이의 기능적·규범적·개념적 관계와 같이 다양한 논의가 가능하다. 또한 Rumbold 분류 틀에 따르면 자기결정권과 같은 자유권적 요구, 건강 침해 금지와 같은 소극적 청구권적 요구, 공공성 우선이나 참여 제도와 같은 절차 요구, 건강 형평성과 같은 건강 상태 요구, 보건의료 이 외의 노동, 사회복지, 주거, 식품, 환경, 생명과학, 폭력, 문화 등에서 프로그램 요구, 건강보험 보장 수준 80%와 같은 프로그램의 충분성 요구, 보편적 의료서비스 제공과 같은 프로그램 목록 요구, 국민의 건강과 일정 수준의 삶 유지와 같은 프로그램 결정규칙 요구, 제도·법률·정책·규제·규범·조사·연구·감시·운동·문화 등 다양한 청구형태의 요구가 가능하다. 또한 Nickel 인권 분류 기준에 의하면 건강권 세부권리 내용으로서 사회권, 자유권, 안전권, 적정절차의 권리, 평등권, 참정권, 특정 인구집단 권리의 요구가 가능하다. 하지만 기존 한국 사회의 건강권 개념은 건강권 내용, 그중에서도 건강권 세부권리, 그중에서도 보건의료 영역에서 프로그램 목록을 요구하는 주장이 월등히 많다. 따라서 한국 사회의 건강권 개념은 전반적으로 단순하다고 할 수 있다. 하지만 소수만 나타났고 정당화 논거가 제시되지 않은 단순 주장에 머물러 있다는 한계가 있을지라도 Rumbold 분류 틀, 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호의 거의 모든 차원과 수준의 범주가 한국 사회의 건강권 세부권리 내용으로 나타난 점은 주목할 만하다. 추후 국내에서 건강권 형식을 빌려 요구 사항을 주장할 때 협소한 개념과 단순한 방식을 벗어나는 데 참고가 될 만한 맹아적 요소라 할 수 있다.

반대로 전술한 건강권 개념이 너무 복잡해서 건강권 이해나 실현에 방해가 된다고 문제제기할 수 있다. 물론 하나의 건강권 주장이 복잡한 건강권 개념을 모두 포괄할 필요는 없다. 일부 내용을 강조하는 건강권 논

의가 충분히 가능하고 전술한 예시와 같이 다양한 방식의 논의는 장려되어야 한다. 하지만 이러한 논의가 형성하는 총체로서의 건강권 개념은 복잡할 수밖에 없다. 따라서 특정 부분에 대한 건강권 논의라 할지라도 건강권 개념의 기본 구조인 건강권 요소(건강 가치 혹은 개념, 건강권 보유자, 건강권 의무담지자, 건강권 근거, 건강권 내용)와 건강권과 타 인권 사이의 관계는 유의할 필요가 있다.

또한 한국 사회의 건강권 개념이 피상적이라는 것은 심층적 논의나 논증으로 이어지지 않고 단순 언급, 주장, 선언에 머물러 있다는 것을 의미한다. 이것은 건강 가치 혹은 개념에 대한 언급, 건강권 보유자에 대한 주장, 건강권 작동방식 언급, 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계에 대한 언급이나 주장 등에서 확인할 수 있다. 또한 건강권 세부권리 내용으로서 건강 관련 프로그램의 충분성 기준이나 결정규칙이 언급되었지만 그러한 기준이나 규칙의 개념 정의, 설명, 정당화 논거를 제시하지 않은 점, 건강권 의무 내용이 체계적이고 논증적인 설명 틀에 기반을 두지 않고 주장이나 항목의 나열이 많다는 점에서 확인할 수 있다.

또한 한국 사회의 건강권 개념에서 실현과정에 대한 관심이 낮았다는 것은 건강권 작동방식, AAAQ 중 수용성, 건강권 지표와 벤치마크에 대한 관심이 낮다는 것을 의미한다. 건강권 작동방식의 경우 평등과 비차별, 제3자의 건강권 인식과 활동을 제외하면 참여, 모니터링과 평가, 책무성에 대한 관심은 낮았고 특히, 모니터링과 평가, 책무성은 일반시민에게서 언급되지 않았다. 또한 AAAQ 가운데 수용성은 보건 시설·물품·서비스는 비밀·의료윤리·문화 존중과 젠더·생애주기의 필요에 민감하도록 요청하고 있지만 이에 대한 언급은 저조했다. 건강권 지표와 벤치마크에 대한 관심은 여타 건강권 요소에 비해 더욱 낮았는데, 국내 학술논문의 경우 벤치마크에 대한 관심이 매우 낮았고 일반시민의 경우 지표에 대한 관심이 매우 낮았다. 이들 현황을 통해 한국 사회의 건강권 개념은 실현과정에 대해 관심이 저조함을 확인할 수 있다.

기존 한국 사회의 건강권 개념은 건강권 논의가 일천한 상황을 배경으로 하고 있다. 또한 건강권 커뮤니케이션을 위한 용어와 개념의 공통 기

반이 부재하며 이에 대한 문제제기 조차 미미한 현실을 배경으로 하고 있다. 용어와 관련하여 좀 더 살펴보면, 국내 학술 논문에서 건강권 관련 영문 용어의 국문 번역은 일관되지 않고 다양하게 나타났다. 구체적으로 살펴보면, ‘health’는 ‘건강’ 혹은 ‘보건’으로, 세계보건기구 건강 개념의 ‘well-being’은 ‘안녕’, ‘건강함’, ‘건전함’, ‘복리’, ‘복지’, ‘안정’, ‘온전함’, ‘행복’으로, 존중·보호·실현 의무 유형에서 ‘실현’(fulfill)은 ‘충족’, ‘실행’, ‘이행’으로, 유엔 사회권위원회 일반논평 14호의 ‘right to be healthy’는 ‘건강할 권리’, ‘건강할 수 있는 권리’, ‘건강해야 할 권리’, ‘건강해질 권리’로, 동일 문서의 ‘entitlement’는 ‘권리’, ‘권리부여’, ‘권한’으로, 건강권 작동방식의 ‘accountability’는 ‘책무’, ‘책무성’, ‘책임’으로, AAAQ에서 ‘availability’는 ‘가용성’, ‘이용가능성’으로, ‘acceptability’는 ‘접근성’, ‘접근가능성’으로, ‘acceptability’는 ‘수용성’, ‘용인가능성’, ‘수용가능성’으로, ‘quality’은 ‘질’, ‘양질’, ‘질적 우수성’으로 번역되었다. 이뿐만 아니라 ‘health’의 경우 국문 번역의 비일관성 이전에 더욱 근본적인 문제로 ‘건강’ 혹은 ‘보건’이란 용어의 개념 구분 자체가 불명확하고 사회적으로 합의된 바가 없다. 또한 대한민국 헌법과 헌법재판소 판례를 많이 언급하는 법학 분야와 국제인권법과 유엔 사회권위원회 해석을 많이 언급하는 보건학 분야 사이에는 학문 분야별 전문 용어가 혼재하고 있다. 따라서 건강권 커뮤니케이션을 위해서는 용어의 공통 기반을 확보하는 것이 필요하다.

건강권에 관한 국내 학술 논문의 발행이 증가할수록, ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 일반시민의 숙의 과정이 진행될수록 양적, 질적으로 건강권 개념이 풍부해지는 것으로 나타났다. 일례로, 학술 논문의 발행이 증가하면서 언급이 저조했던 건강권 지표와 벤치마크가 본격적으로 언급되거나 미미하게나마 증가하는 현상을 보였고 건강권이 자유권적 성격과 사회권적 성격을 모두 갖는다는 입장이 꾸준히 나타났다. 또한 일반시민의 경우 건강권에 대한 숙의 과정이 진행될수록 건강권 지표와 벤치마크에 관심이 증가했고 임파워먼트에 대한 미시적·개체주의적 접근보다 통합적 접근이 증가하였다. 따라서 건강권 개념의 발전을 위해서는

건강권에 대한 학술적 관심과 일반시민이 참여하는 사회적 숙의 과정이 증가할 필요가 있다. 하지만 건강권 세부권리에 관심이 편중되는 현상은 지속될 수 있으므로 그러한 관심을 분산시킬 필요가 존재한다.

건강권에 대한 학술적 관심 제고와 관련하여 세 가지 현상을 주목할 필요가 있다. 첫째 국내에서 건강권과 관련한 학제적 소통이 부족한 현상이 존재한다. 앞서 언급한 학문 분과별 전문 용어의 차이뿐만 아니라 학문 분과별로 주목하는 건강권 요소에 차이가 나타났다. 법학 분야의 논문은 상대적으로 건강권의 이론적 요소를 더 많이 언급했고 사회복지, 노동, 의료 분야의 논문은 실천적 요소를 상대적으로 더 많이 언급했다. 또한 건강권에 대한 국내법적 의무와 국제법적 의무, 건강권에 대한 국제법적 해석, 국내법적 해석, 기타 해석도 거의 학문적 소통 없이 분리된 흐름을 형성하고 있었다. 둘째 기존 건강권 논문에서는 다른 분야에 비해 법학 분야의 저자 비중이 높았는데, 이것이 건강권 개념에 영향을 미치는 현상이 존재한다. 일례로, 건강권 근거의 경우 협소한 개념의 국내 근거가 다수를 차지했는데 이것은 법학 분야의 저자 비중이 높은 것과 연관되었다. 즉 건강권 근거를 언급한 저자 가운데 법학 분야의 비중이 높았고 그들은 국내 근거만 언급하는 경향과 대한민국 헌법에서 제36조 3항만 언급하는 경향이 상대적으로 강했던 것이다. 셋째 국제법과 철학적 논의들이 증가할수록 건강권 보유자의 보편적 자격 부여가 증가한 현상이 존재했다. 여기서 관심은 ‘철학적 논의’이다. Erk(2011)의 주장처럼 건강권 개념을 위해서는 법적 측면뿐만 아니라 철학적 정당화와 구체화가 함께 필요하다. 또한 개별 권리의 법적·제도적 보장이라는 인권의 도구적 역할을 넘어 건강 영역에서 인간 존엄을 핵심 목표로 두는 인권의 내재적 가치도 중요하다. 이 논문에서는 건강권 개념의 복잡성을 최소화하기 위해 부득이하게 건강권 근거를 법적 근거로 제한하였지만 향후 연구에서는 법적 근거를 넘어설 필요가 있다. 따라서 건강권에 대한 학술적 관심을 제고하는 동시에, 학제적 소통, 법학 분야 이외의 다른 분야 저자들의 관심, 법적·제도적 권리를 초월하는 건강권에 대한 관심도 함께 제고해야 할 것이다.

한편, 일반시민이 참여하는 건강권에 대한 사회적 숙의 과정을 제고하기 위해서는 일반시민의 강점을 파악할 필요가 있다. 첫째, 일반시민은 건강 가치가 중요한 건강권 요소임을 보였다. 일반시민은 건강 개념을 정의하지 않고도, 건강 가치만으로 건강권에 관한 주장을 도출할 수 있음을 보였고 학술 논문가 언급하지 않은 ‘정의’(正義)와 연계한 건강 가치를 주장하였다. 둘째, 일반시민은 학술 논문에 비해 건강권 보유자에 대한 높은 관심 나타냈다. 학술 논문과 달리 모든 사람에게 건강권 보유자의 자격 인정하였고 건강 분야를 넘어선 개인 삶이나 존재 전반에 대한 임파워먼트의 필요성을 주장하였다. 셋째, 일반시민은 의무담지자에 대한 관심이 낮았지만 철학적·윤리적 논증을 통해 의무내역 도출하였고 국가 의무 영역을 보건의료뿐만 아니라 주거와 같은 다른 영역으로 확장하였다. 넷째, 일반시민은 정보나 학습 기회가 부재하여 건강권의 법적 근거를 언급하지 않았지만 건강 가치와 개념, 건강권 해석과 같은 다른 건강권 요소로 대신하였다. 다섯째, 일반시민은 학술 논문과 달리 건강 달성 수단 보다 건강권 보유자의 삶과 임파워먼트 측면에서 건강권을 해석하는 경향이 강했다. 여섯째, 일반시민은 학술 논문에 비해 상대적으로 자유권, 제도적 방식, 상태 요구, 건강 관련 프로그램의 충분성 기준이나 결정규칙 방식에 더 많은 관심을 보였다. 일곱째, 일반시민은 AAAQ 개념 틀에 대한 학습 없이 이러한 내용을 언급했다는 것만으로도 의미가 있다. 여덟째, 일반시민은 쪽방주민 건강권에 대한 평가와 권고안 도출을 수행하면서 건강권 벤치마크를 상당히 언급했다. 일반시민이 언급한 벤치마크는 특정되지 않고 모호했지만, 숙의 과정을 통해 건강권 내용의 가장 구체적인 수준까지 논리적으로 도달할 수 있다는 가능성을 보여주었다. 아홉째, 무엇보다 일반시민은 전문적, 기술적, 분과적 관점의 전문가나 관료와 달리 경험, 상식, 도덕 감정을 기반으로 숙의 과정을 통해 건강권에 대한 통합적, 포괄적 관점을 보여주었다. 전술한 강점을 통해 건강권 개념 구성이나 발전에 일반시민이 참여하는 귀납적, 상향식의 접근방식이 필수적임을 확인할 수 있다.

건강권의 핵심적 존재의의 측면에서 건강권 보유자와 건강권 작동방

식에 대해 한층 더 주목할 필요가 있다. 건강권 보유자의 경우 자격 논의는 인간 존엄과 밀접하게 관련되고 임파워먼트는 권리 주장, 억압 극복, 입법 요구 등으로 나타남으로써 권력의 재조정과 밀접하게 관련된다. 또한 건강권 작동방식의 경우 평등과 비차별은 인간 존엄에 관련되고 참여와 제3자의 건강권 인식·활동은 권리 재조정과 관련되며 모니터링과 평가, 책무성, 제3자의 건강권 인식·활동은 의무와 책무성 기제와 관련된다. 따라서 건강권 작동방식은 건강권 요소 가운데 건강권의 핵심적 존재의의를 모두 담아낼 수 있는 요소로서 중요한 의미가 있다.

전체적으로 국내 학술 논문에서 나타난 실제 건강권 해석은 건강권에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 성격 규정과 상응하지 못하는 것으로 나타났다. 건강권 해석 가운데 ‘건강 혹은 삶’, ‘건강 관념’, ‘타 인권과의 관계’, ‘건강할 권리(right to be healthy) 아님’ 범주와 같이 자유권 혹은 사회권이라는 성격 규정과 부합하지 않는 범주가 상당수 존재했기 때문이다. 또한 그러한 범주를 제외하더라도 개별 논문의 실제 건강권 해석은 자유권과 사회권적 성격이 동시에 존재하는 경우가 더 많았기 때문이다. 따라서 법적, 제도적 측면에서 자유권 혹은 사회권이라는 성격 규정이 불가피한 경우를 제외하면 건강권 개념에 대한 보다 자유로운 상상력을 위해 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 틀 자체를 벗어나 다양한 범주와 차원으로 구성해나갈 필요가 있다. 일례로, 건강권을 임파워먼트 측면에서 프레이밍하면 자유권 혹은 사회권이라는 이분법을 넘어설 수 있다는 Yamin(1996)의 주장을 유념할 필요가 있다. 또한 이것은 건강권을 법적, 제도적 권리로 한정하지 않는 노력이 동반되어야 하고 건강권 보유자의 삶과 임파워먼트를 강조하는 일반시민의 숙의적 참여가 적극적으로 이루어져야 한다.

인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙은 건강권을 고립적으로 다루는 것이 아니라 인권이라는 큰 틀에서 전체론적, 종합적으로 접근하게 만드는 강점이 있다. 한국 사회에서 나타난 건강권과 타 인권 사이의 관계의 구체적 내용은 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙이 기능적 차원뿐만 아니라 규범적, 개념적 차원에서도 적용됨을 알

수 있다. 이러한 규범적·개념적 차원은 건강의 사회적 결정요인 개념에 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙이 기여할 수 있는 부분이다. 한편, 건강권과 밀접한 관계에 있는 인권·권리일수록 관계의 불확정성이 커지므로 통상적으로 알려진 관계의 내용에 제약받기보다 구체적인 맥락(공간, 시간, 제도, 특정 인구집단 등)에 따라 경험적·실천적으로 구성하는 개방적 관계로 접근하는 것이 필요하다. 건강권과 타 인권 사이 관계의 가짓수가 많이 나타난 논문은 모두 특정 인구집단의 권리 다루고 있었고 상당수는 충돌 유형도 언급하였다. 충돌 유형의 경우 우선순위 쟁점과 같은 권리의 비중을 제기함으로써 건강권 요소만으로 포착할 수 없는 건강권 개념의 한 부분을 드러냈다.

국제법적 건강권 개념 측면에서 건강권 해석, AAAQ, 건강권과 타 인권 사이의 관계에 대해 주목할 필요가 있다. 건강권 해석의 경우 국내 학술 논문에서 국내법적 해석 혹은 국제법적 해석과 구분되는 기타 흐름과 일반시민의 건강권 해석이 건강 수단 보다 삶, 주체와 권력, 몸과 마음의 지배, 자기결정, 의무, 관계 등을 언급함으로써 건강권의 핵심적 존재의의를 보다 강조하고 있다. AAAQ의 경우 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에 보건 시설·물품·서비스로 한정하고 있지만 국내 일반시민은 보건 영역뿐만 아니라 사회복지, 교육, 노동, 주거, 문화, 에너지 등 건강의 사회적 결정요인으로 확장하였다. 건강권과 타 인권 사이의 관계의 경우 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호에서도 짧은 단락에서 추상적으로 나열된 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계가 국내 학술 논문과 일반시민에게서 훨씬 더 많은 인권·권리 목록과 구체적인 형태의 관계로 언급된 것은 매우 의미가 있다. 따라서 건강권 개념이 사회적으로 개척되고 구성되는 과정은 국제법적 건강권 개념의 발전과도 관계가 있음을 확인할 수 있다.

건강권 논문에서 언급된 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계는 일부 내용이 건강권 요소와 겹치기도 하여, 상호배타적이지 않은 것으로 확인되었다. 인권의 도구적 가치에 한층 강조점을 두게 되는 건강권 요소로서 다루어지든, 인권의 내재적·표출적 가치에 한층 강조점을 두게 되는

건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계로서 다루어지든 실은 무방하다. 하지만 강조점에서 차이가 있기 때문에 양쪽에서 다루면서 상호 영향을 주는 것이 필요하다. 한편 건강권 요소들도 상호 배타적인 것은 아니다. 오히려 중요한 것은 관심 문제의 성격과 심각성, 그리고 해당 사회의 맥락에 따라 어느 요소에서 다룰지 판단할 필요가 있다. 일례로, 평등과 차별, 참여, 모니터링과 평가, 책무성, 제3자의 건강권 인식과 관련 활동을 건강권 세부권리 내용이나 건강권 의무담지자의 의무 내용으로 적극 요구할 수 있고 아니면 건강권 작동방식으로서 간주할 수도 있다.

한국 사회의 기존 건강권 개념은 협소하고 단순하며 피상적인 개념이었고 건강권 실현과정에 대한 관심은 낮게 나타났다. 그럼에도 기존 개념은 향후 건강권 개념의 발전에 필요한 맹아적 요소들을 품고 있음을 유념할 필요가 있다. 우선, 한국 사회의 건강권 요소는 건강권 세부권리에 편중된 현상을 보였지만, 그것을 포함한 모든 요소와 각 요소의 상세 범주, 그리고 각 상세 범주 내 최다빈도 내용 이외의 다양한 내용들이 존재하고 있다. 물론 부록에 나와 있듯이 그러한 내용은 의견이나 주장에 머무른 피상적 내용이 대부분이고 비판적으로 바라봐야 할 내용도 있다. 하지만 주류의 협소하고 단순했던 건강권 개념과 달리 다양하게 사고하는 목소리들이 구체적으로 존재하고 있었고 이것은 향후 건강권 개념의 상상에 기여할 수 있기 때문이다. 또한 최근 들어 건강권 논문의 발행이 증가하면서 건강권 요소의 가짓수와 빈도, 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙, 건강권과의 관계에서 언급되는 인권·권리 목록의 다양성, 관계의 다양성이 증가하는 것은 향후 건강권 개념 발전에 긍정적인 현상이다

3. 연구의 한계

연구의 한계점은 분석 자료, 분석 과정, 분석 방법으로 나눌 수 있다. 분

석 자료의 한계점으로는 건강권 명명의 다양성으로 인해 분석에서 제외된 학술 논문이 존재할 수 있다는 점, 심층적인 국내 연구의 부족으로 인해 분석 논문에서 건강권 비중과 질적 수준의 편차가 컸다는 점, 숙의적 산물에서 특수한 맥락이 존재하고 일반시민 외 이해관계자 관점이 반영되지 못한 점이 존재했다. 분석에서 제외된 학술 논문의 존재 가능성은 건강권 논문 선정에는 건강권(健康權), 보건권(保健權), 건강할 권리만 반영하였기 때문에 건강권 명명의 다양성으로 인해 이 연구에 포함되지 않은 건강권 논문이 존재할 수 있음을 말한다. 분석 논문의 편차는 건강권을 비중 있게 다룬 연구가 적고 건강권 내용 자체가 광범위하기 때문에 분석 대상에 포함한 논문이 수적으로 많은 동시에 화제에서의 건강권 비중과 질적 수준의 편차가 클 수밖에 없었다. 일반시민의 건강권에 대한 숙의적 산물에서 존재한 특수한 맥락이란 ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 주어진 특수한 과제, 즉 쪽방주민 건강권 현황에 대한 평가와 권고안 도출을 말한다. 이로 인해 일반시민의 숙의적 산물에서 학술 논문에 비해 건강권 벤치마크의 언급비율이 높게 나타나는 등 특이할만한 결과가 나타났지만, 학술 논문에서의 건강권 개념과 일반시민의 건강권 개념을 비교하고 그 차이를 분석하기 위한 것이 이 논문의 목적이 아니라 한국 사회의 건강권 개념을 이해하는 것이 이 논문의 목적이므로 이를 위해 학술 논문과 일반시민의 숙의적 산물이 상호 보완적인 성격을 지닌다. 따라서 ‘2013 건강권 서울시민회의’의 특수성은 오히려 한국 사회의 건강권 개념 이해에 기여한다고 볼 수 있다. 일반시민 외 이해관계자 관점의 미반영 문제는 건강권과 관련하여 이해관계가 없는 일반시민을 의도적으로 모집하다 보니 건강권에 대해 다른 관점을 지닐 수 있는 환자, 정책가, 실행가, 활동가 등의 건강권 개념은 제외되었고, 이것은

건강권에 대한 논의 자체가 적은 한국 사회의 단면을 반증하는 것이기 때문에 향후 건강권에 대한 학술적·사회적 논의의 증가를 통해 극복할 필요가 있고 의도적인 표집을 통해 인구집단의 특수성을 반영할 필요가 있다.

분석 과정의 한계점으로 학술 논문에서의 주요 용어의 비일관성과 불명

확성, 전체 분석에서의 분석 틀의 복잡성으로 인한 분석의 어려움이 존재했다. 용어 문제는 학술 논문에서 나타난 타 인권·권리와 건강권의 다중 명명과 불분명한 의미를 말한다. 타 인권·권리의 경우 재산권과 생식권, 개발권과 발전권처럼 동일한 영문 용어를 다르게 번역한 경우, 사적 자치와 계약 자유를 동일하게 사용하거나 둘 사이에 대한 언급 없이 함께 나열한 경우, 사회권·사회적 권리·생존권적 기본권의 개념적 관계가 불분명한 경우 등이 존재했다. 또한 건강권의 경우 건강권, 보건권, 건강할 권리 외에도 보건에 관한 권리, 건강에 대한 권리, 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리, 건강하게 살 권리, 건강은 권리 등 총 39가지 명명이 존재했고, 여기서 문제는 각각의 명명에 대한 개념 설명이나 명명 사이의 관계에 대한 설명이 부재하는 경우가 상당수 존재했다는 점이다. 해결방법은 문맥상 혹은 명시적 내용이 있으면 그것을 따랐고 그렇지 않으면 동일하지 않은 것으로 분류했다. 그럼에도 동일하게 분류한 명명들, 특히 건강권 명명들이 그 내포까지 완전히 동일하다고 단정하기는 어렵다.

분석 방법의 한계점으로는 자료 한계로 인해 질적 문헌고찰 대신 내용 분석 방법을 선택한 점, 일부 자료에 대한 예비조사 외에 외부자 검토 과정이 부재한 점, 분석 틀에 포함하지 못한 내용이 존재한다는 점이 존재한다. 내용 분석 방법의 경우 건강권을 비중 있게 다룬 연구가 적어서 질적 문헌고찰은 적절한 분석 방법이 아니었고 개별논문 곳곳에 산발적으로 흩어져있는 건강권에 대한 커뮤니케이션을 포착하는 내용분석을 사용할 수밖에 없었다. 연구 문제에 접근하는 연구 방법으로서 내용분석은 불가피한 현실적 한계에서 비롯되었기 때문에 분석 방법의 한계는 결국 분석의 질로 좁혀질 수 있다. 하지만 전체 분석 과정에서 외부자 검토과정은 예비조사 과정(외부 코더 2인 참여 과정)으로만 존재하여 물리적 비중은 낮았다. 하지만 질적 비중 측면에서 예비조사 과정은 분석의 질에 중요한 영향을 미쳤다고 볼 수 있다. 왜냐하면 외부 코더 2인을 훈련시키는 과정에서 연구자의 분석 역량이 크게 상승하였기 때문이다. 또한 건강권 개념 분석 틀에서 건강권 근거를 법적 근거로 제한할 수밖에

없었던 점, 건강권 작동방식에 젠더 관점을 포함하지 못한 점은 아쉬움으로 남는다. 건강권 근거의 경우 법적 근거 외에 도덕적, 윤리적, 철학적 근거들이 건강권 개념 논의와 상상력에 더욱 많은 기여를 할 수 있음에도 개념적 복잡성을 최소화하기 위해서는 불가피했고, AAAQ 중 수용성에 젠더 관점이 있긴 하지만 건강권 작동방식의 원칙으로 적극 포함하지 못한 것은 한계라고 할 수 있다.

전술한 연구의 한계점 가운데 해결 불가능한 것을 제외하고는 기존의 방법론 문헌 고찰을 통해 분석 과정 자체의 의미를 숙지하여 전체 분석을 진행했고 기존 문헌에서 제시한 코딩과정 기록, 분석 프로토콜과 코딩북 구축 등의 팁을 활용하여 분석의 질을 담보하고자 노력하였다.

4. 제언

한국 사회의 건강권 개념 분석 결과를 토대로 한국 사회의 건강권 논의를 촉진하기 위한 제언을 하면 다음과 같다. 우선, 기존의 협소하고 단순하며 피상적인, 그리고 실현과정에 대한 관심이 저조한 건강권 개념을 넘어서려는 노력이 필요하다. 기존의 협소한 건강권 개념을 극복하기 위해서는 국제법적 건강권 개념, 특히 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호 내용을 적극 수용하고 건강권의 핵심적 존재의의를 강조하며 건강권 개념에 대한 일반시민의 의견을 수용할 필요가 있다. 기존의 단순한 건강권 개념을 극복하기 위해서는 건강권 개념의 기본 구조인 건강권 요소, 건강권과 타 인권 사이의 관계를 유념하고 건강권 세부권리 요구 시 Rumbold 분류 틀, Nickel 분류 기준을 유념할 필요가 있다. 이때 부록에 소개한 한국 사회의 다양하고 구체적인 건강권 개념을 참고할 필요가 있다. 기존의 피상적인 건강권 개념을 극복하기 위해서는 단순 언급, 주장, 선언을 넘어 개념 정의, 설명, 논거, 논증을 제시하는 심층적인 논의가 필요하다. 실현과정에 대한 관심이 낮은 기존 건강권 개념을 극복하기

위해서는 건강권 작동방식, AAAQ 중 수용성, 건강권 지표와 벤치마크에 대한 관심을 제고하여 건강권 개념이 건강권 실현과정을 풍부하게 담아낼 수 있도록 만들 필요가 있다.

건강권 관련 용어 문제로 인한 소통의 장애를 해결하기 위해 용어의 공통 기반을 확보할 필요가 있다. 이를 위해 무엇보다 건강권 관련 용어에 대한 심층 연구와 사회적 논의·합의가 필요하다. 현재 국가인권위원회에서 제공하고 있는 인권용어사전에 나온 보건권 관련 내용은 국내법적 건강권 개념에 국한되어 있고 ‘건강’ 보다 ‘보건’이라는 용어를 선호하는 점 등 한계가 있다. 하지만 사회적 합의에는 시간이 소요되므로 합의에 이르기 전까지는 최소한 외국어와 병기하거나 용어의 개념 정의, 용어 사이의 관계에 대한 설명을 제시하는 것이 필요하다.

건강권 개념이 양적, 질적으로 발전하기 위해서는 건강권에 관한 국내 학술 논문의 발행이 증가하고 사회적 숙의 과정이 증가해야 한다. 건강권에 대한 학술적 관심을 제고할 때에는 건강권에 대한 학제적 소통, 법학 이외의 다른 분야의 건강권에 대한 관심, 법적·제도적 권리를 넘어서는 건강권에 대한 관심도 함께 높여야 한다. 건강권에 대한 사회적 숙의 과정을 제고 시 절차적 정당성 확보라는 구색 맞추기가 되지 않도록 일반시민의 강점을 잘 이해하고 반영할 필요가 있다. 일반시민은 건강권에 대한 정보나 학습 기회가 부재함에도 자신의 경험, 상식, 도덕 감성, 숙의를 통해 도덕적 추론을 수행하였고 전문적, 기술적, 분과적 관점의 전문가나 관료와 달리 건강권에 대한 통합적, 포괄적 관점을 보여주었다. 특히, 일반시민은 건강권을 건강과 보건의료 영역으로 대상화하지 않고 삶, 존재, 주체 측면에서 이해하고 있었다. 따라서 건강권 논의에 있어서 일반시민이 참여하는 귀납적, 상향식의 접근방식은 필수적이다.

국내 학술 논문의 건강권 개념을 조작화하는 과정에서 나타난 건강권 해석은 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 구조에 포착되지 않은 범주가 상당히 나타났다. 하지만 여전히 건강권 개념은 자유권적 성격과 사회권 성격으로 규정되는 경향이 강하다. 이것은 건강권에 대한 상상력을 저해할 수 있다. 불가피한 경우를 제외하면 건강권에 대한 자유권 혹은

사회권이라는 이분법적 성격 규정을 벗어나 다양한 범주와 차원으로 구성해나갈 필요가 있다. ‘권력’ 쟁점 중심으로 건강권을 프레이밍하면 자유권과 사회권의 인공적 구분을 넘어서는 논의로 이동시킨다는 Yamin(1996)의 주장을 유념할 필요가 있다.

건강권 요소 측면에서 비판적 실재론에 기반을 둔 한국 사회의 건강 개념에 대한 탐구가 필요하다. 또한 한국 사회에서 나타난 건강 개념의 여러 차원과 수준을 포괄하는 합당한 건강 모형을 도출할 필요가 있다. 건강 가치로서 건강 그 자체의 가치뿐만 아니라 인간 존엄과 인권 측면에서의 건강 가치를 심층적으로 탐구할 필요가 있다. 건강 가치 혹은 건강 개념이 다른 건강권 요소와 맺는 논리적 관계성에 대해 관심을 갖고 연구할 필요가 있다. 건강권 의무담지자의 경우 ‘국가 외’ 의무담지자로서 노동 분야를 포함하여 제약업계와 같은 기업의 건강권 관련 사회적 책임에 대한 논의와 연구가 촉진되어야 한다. 건강권 근거의 경우 인용 오류를 줄이기 위해 해당 법이나 문서의 내용을 반드시 확인할 필요가 있다. ‘광의’의 개념에 기반을 둔 건강권 근거를 언급하기 위해서는 건강권의 국제 근거를 언급하거나 부득이하게 국내 근거만 언급할 경우 대한민국 헌법의 보건권(제36조 3항) 조항뿐만 아니라 인권의 근본 가치를 반영하는 인간 존엄, 인간다운 생활권과 같은 조항을 함께 언급할 필요가 있다. 건강권 지표와 벤치마크의 경우 건강권 구체화의 최종 단계인 지표와 벤치마크의 필요성에 적극 공감할 필요가 있다. 유엔 인권고등판무관이나 건강권 특별보고관이 제시한 구조·과정·결과 지표 유형에 대한 관심을 확대해야 한다. 건강과 보건의료 측면뿐만 아니라 보다 인권적인 측면의 지표나 다른 분야의 지표로 관심을 확대해야 한다.

건강권과 타 인권 사이의 관계 측면에서는 인권의 불가분성·상호의존성·상호연관성 원칙에 대한 관심을 증가시켜야 한다. 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계를 불확정적으로 상정하고 개방적 관계로 접근하는 것이 필요하다. 그럼에도 지난 25년간 국내 논문에서 건강권과 부정적 관계만 맺은 지적 소유권, 특허권, 영업권, 흡연권, 사적 자치는 부득이한 경우 건강권 보장을 위해 제한받을 수 있다는 점은 유념할 필요가

있다. 또한 건강의 사회적 결정요인을 반영하여 건강권과의 관계 측면에서 사회권적 권리에 대한 관심을 높일 필요가 있다. 따라서 특정 인구집단의 권리를 다룰 때에는 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계를 반드시 유념하고 검토하는 것이 필요하다.

건강권 이해를 위한 틀로서 건강권 요소, 건강권과 여타 인권·권리의 관계, 그리고 건강권 개념 평가 기준(건강권의 핵심적 존재의의와 국제법상 건강권 개념)을 제안한다. 이 틀에서 건강권 요소 부분과 건강권과 여타 인권·권리의 관계 부분은 상호배타적이지 않고 서로 영향을 주고받을 수 있음을 유념해야 한다. 어떤 사안이나 쟁점을 건강권 요소로 다룰지 혹은 건강권과 여타 인권·권리의 관계 속에서 다룰지는 인권의 도구적 가치를 강조할지 혹은 인권의 내재적·표출적 가치를 강조할지에 따라 판단할 필요가 있다.

건강권의 핵심적 존재의의와 밀접하게 연관되는 건강권 보유자의 자격과 임파워먼트, 건강권 작동방식인 평등과 비차별, 참여, 모니터링과 평가, 책무성, 제3자의 건강권 인식과 활동에 대한 관심이 증가할 필요가 있다. 건강권 보유자의 자격은 보편적으로 인정해야 하며 그것의 정당화에 대한 국내 논의가 증가되어야 한다. 또한 건강권 보유자의 임파워먼트는 미시적·개체주의적 관점만이 아니라 구조적 관점을 포함하는 통합적 관점으로 접근해야 할 것이다. 건강권 작동방식의 경우 평등과 비차별에 편중된 관심을 분산시키는 것이 필요하고, 특히 참여, 모니터링과 평가, 책무성에 더욱 주목해야 한다. 국제법적 건강권 개념 측면에서 2000년에 발표된 유엔 사회권위원회의 일반논평 14호의 내용을 고정적이고 확정된 개념으로 수용하기보다 시간, 공간, 제도에 따라 국내에서 개척되고 구성되는 건강권 개념도 유의할 필요가 있고 상호 영향을 미칠 수 있음을 인식할 필요가 있다.

건강권이란 형식을 빌렸지만 논란의 여지가 있는 건강권 개념이 존재할 수 있다. 액면으로 직접 확인되는 경우와 달리 액면으로 판단하기 어려운 경우 개별 논문의 전체 맥락이나 전제 조건을 잘 검토해야 한다.

정책적 제언

한국 사회의 건강권에 대한 관심과 논의를 제고하기 위한 정책적 과제를 제시하고자 한다. 우선, 건강권 커뮤니케이션의 공통 기반을 확보하기 위해 건강권 용어 사건을 구축할 필요가 있다. 둘째, 건강권 개념의 기본 구조인 건강권 요소와 건강권과 여타 인권 사이의 관계, 그리고 건강권 세부권리 요구 시 Rumbold 틀, Nickel 인권 분류 기준을 체크리스트로 활용할 필요가 있다. 이때 부록에 소개한 한국 사회의 다양하고 구체적인 건강권 개념을 참고할 수 있다. 셋째, 건강권과 관련하여 일반시민을 포함하여 다양한 인구집단이 참여하는 숙의적 참여제도를 활성화해야 한다. 일반시민은 국민건강보험공단의 ‘건강보험 급여우선순위 국민참여위원회’처럼 다소 기술적인 의사결정 뿐만 아니라 건강 관련 프로그램의 충분성 차원의 기준, 건강권 관련 프로그램의 결정규칙 제시, 건강권의 지표와 벤치마크, 건강권 해석 등 다양한 차원과 수준에 대한 숙의가 가능하다. 무엇보다 ‘2013 건강권 서울시민회의’와 같은 건강권 개념에 대한 숙의 과정이 여러 인구집단 측면에서 필요하고 한국 사회의 건강체계가 나아가야 할 방향과 같은 보다 근원적인 문제에 대한 숙의 과정도 시도할 필요가 있다. 넷째, 건강권에 관한 국제법상의 내용이 알기 쉽고 접근 용이한 방식으로 널리 알려져야 한다. 이때 건강권은 고정되고 확정된 개념이 아니라 경험적으로, 실천적으로 개척되고 구성될 수 있다는 점을 함께 알릴 필요가 있다. 다섯째, 인간 존엄, 권력의 재조정, 의무와 책무성 기제 측면에서의 건강권 보유자의 자격과 임파워먼트에 대한 관심을 제고할 필요가 있다. 여섯째, 건강권의 핵심적 존재의의가 잘 반영되기 위해 국제법과 국내법의 건강권 조항과 이에 대한 유권해석의 개정이 필요하다. 현재 한국 사회에서 진행되고 있는 헌법 개정 작업에서 건강권 관련 조항이 광의의 개념을 반영하도록 개정하는 것이 필요하다. 일곱째, 국제법적 의무 유형을 적극적으로 검토하고 수용할 필요가 있다. 여덟째, 건강권 개념의 발전을 위해서는 법적 근거를 넘어 도덕적·철학적 근거에 대한 논의가 필요하다. 아홉째, 아동과 모성의 건강권

과 참정권 보장을 위해 노력해야 한다. 열 번째, 건강권 측면에서 AAAQ는 네 가지 요소를 모두 포함하는 개념 틀로서 접근해야 하며 보건 시설·물품·서비스뿐만 아니라 건강의 사회적 결정요인으로 확대되어야 한다. 열한 번째, 쪽방주민과 같이 여러 영역에서 불리한 취약계층의 경우 쪽방주민의 건강권과 같은 특수한 권리로서 개별적으로 접근하기보다 쪽방주민의 권리로서 통합적으로 접근하는 것이 적절할 것이다.

참고문헌

1. 단행본

- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. 한국의 건강 불평등. 서울대학교출판문화원; 2015.
- 남궁근. 행정조사방법론[제4판]. 법문사; 2011.
- 조호제. 인권의 문법. 서울: 후마니타스; 2007.
- 조호제. 인권의 지평. 서울: 후마니타스; 2016.
- Asher J. The right to health: a resource manual for NGOs: the Commonwealth Medical Trust; 2004.
- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
- Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly: Cambridge University Press; 2008.
- Erk C. Health, Rights and Dignity : Philosophical Reflections on an Alleged Human Right. Frankfurt: De Gruyter; 2011.
- Fredman, S. 지음, 조호제 옮김. 인권의 대전환 - 인권 공화국을 위한 법과 국가의 역할. 교양인; 2009.
- Gruskin S, Tarantola D. Health and human rights. In: Detels R, Beaglehole R, editors. Oxford textbook on Public health. New York: Oxford University Press; 2002. p. 311-35.
- Held, D. 지음, 박찬표 옮김. 민주주의의 모델들. 서울: 후마니타스; 2010.
- Krippendorff K. Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Sage; 2004.
- Lemke, T. 지음, 심정보 옮김. 생명정치란 무엇인가: 푸코에서 생명자본까지 현대 정치의 수수께끼를 밝힌다. 서울: 그린비; 2015.
- Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook: Sage; 1994.
- Nickel JW 지음, 조국 옮김. 인권의 좌표. 서울: 명인문화사; 2010.
- Potts H. Accountability and the right to the highest attainable standard of health. Human Rights Centre, University of Essex, 2008.
- RiffeD, Lacy S, Fico FG, 지음, 배현석, 배은결, 옮김. 미디어메시지분석

- 양적내용분석방법을중심으로. 영남대학교출판부; 2011.
- Ruger JP. Health and social justice: Oxford University Press; 2010.
- Sepúlveda MM, Carmona MMS. The Nature of the Obligations Under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Intersentia; 2003.
- Stamford Interagency Workshop on a Human Rights-Based approach in the Context of UN Reform. Statement on a Common Understanding of a Human Rights-Based Approach to Development Cooperation. United Nations; 2003.
- Talbott, WJ. 지음, 은우근 옮김. 인권의 발견. 한길사; 2011.
- The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation. United Nations, 2006.
- The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Human Rights Indicators - A Guide to Measurement and Implementation. 2012.
- Whelan DJ. Untangling the Indivisibility, Interdependency, and Interrelatedness of Human Rights. Human Rights Institute, University of Connecticut, 2008.
- Wolff J. The Human Right to Health. New York: W.W. Norton & Company; 2012a.
- Yin, RK 지음, 신경식·서아영 옮김. 사례연구방법. 한경사; 2011.

2. 논문

- 신동원. "건강은 국력" 개념의 등장과 전개. 保健學論集. 2000;37(1):36-50.
- 신영전. 사회권으로서의건강권. 상황과복지. 2011;32:181-222.
- 양재진. 사회투자국가의 사회정책패러다임과 사회투자정책: 영국과 덴마크의 사례. 국제노동브리프. 2007;5(5):4-14.
- 이영희. 기술과 시민: '국가재난질환 대응체계 시민배심원회의'의 사례. 경제와 사회. 2009;82:216-39.
- 조현석. 숙의적 시민참여 모델 연구: 울산시 북구 음식물자원화시설 건립 사례. 과학기술학연구. 2006;6(1):1-30.
- 주성수. 시민참여, 자치권능, 심의민주주의 제도: 정책 갈등 해결방안의 탐색. 경제와 사회. 2004;63:124-45.
- 황필규. 유엔사회권규약 선택의정서의 발효와 한국정부의 과제. 월간

- 복지동향. 2013;176:34-9.
- Abelson J, Forest P-G, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin F-P. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social science & medicine*. 2003;57(2):239-51.
- Backman G, Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strouss C, Fikre BM, Rumble C, et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *The Lancet*. 2008;372(9655):2047-85.
- Braveman P. Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*. 2010;12(2):31-48.
- Buchanan AE. The right to a decent minimum of health care. *Philosophy & Public Affairs*. 1984;13(1):55-78.
- Darrow M, Tomas A. Power, capture, and conflict: a call for human rights accountability in development cooperation. *Human Rights Quarterly*. 2005;27(2):471-538.
- De Wever B, Schellens T, Valcke M, Van Keer H. Content analysis schemes to analyze transcripts of online asynchronous discussion groups: A review. *Computers & Education*. 2006;46(1):6-28.
- Donders Y. The right to enjoy the benefits of scientific progress: in search of state obligations in relation to health. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2011;14(4):371-81.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(1):107-15.
- Goodman T. Is there a right to health? *Journal of Medicine and Philosophy*. 2005;30(6):643-62.
- Greco M. The politics of indeterminacy and the right to health. *Theory, Culture & Society*. 2004;21(6):1-22.
- Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D. History, principles, and practice of health and human rights. *The Lancet*. 2007;370(9585):449-55.
- Hogerzeil HV, Samson M, Casanovas JV, Rahmani-Ocora L. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? *The Lancet*. 2006;368(9532):305-11.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
- Huber M, André Knottnerus J, Green L, Van Der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*

- (Online). 2011;343(7817).
- Hunt P. Right to the highest attainable standard of health. *The Lancet*. 2007;370(9585):369–71.
- Kolawole A. The Right to Life and the Right to Health: Any Nexus? *OIDA International Journal of Sustainable Development*. 2011;2(5):95–106.
- Leary VA. The right to health in international human rights law. *Health and Human Rights*. 1994;1(1):24–56.
- Mann JM, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg HV. Health and Human Rights. *Health and Human Rights*. 1994;1(1):6–23.
- Morgan DL. Qualitative Content Analysis: A Guide to Paths not Taken. *Qualitative Health Research*. 1993;3(1):112–21.
- Nickel JW. Rethinking indivisibility: Towards a theory of supporting relations between human rights. *Human Rights Quarterly*. 2008;30(4):984–1001.
- Potter WJ, Levine D, Donnerstein D. Rethinking validity and reliability in content analysis. *Journal of Applied Communication Research*. 1999;27(3):258–84.
- Rowe G, Frewer LJ. Public participation methods: A framework for evaluation. *Science, technology & human values*. 2000;25(1):3–29.
- Rumbold BE. Review article: the moral right to health: a survey of available conceptions. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*. 2015:1–21.
- Schamber L. Time-Line Interviews and Inductive Content Analysis: Their Effectiveness for Exploring Cognitive Behaviors. *Journal of the American Society for Information Science*. 2000;51(8):734–44.
- Sen A. Why and how is health a human right? *The Lancet*. 2008;372(9655):2010.
- Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*. 2004;22(2):63–75.
- Singh JA, Govender M, Mills EJ. Do human rights matter to health? *The Lancet*. 2007;370(9586):521–7.
- Sreenivasan G. II—A Human Right to Health? Some Inconclusive Scepticism. *Aristotelian Society Supplementary Volume*. 2012;86(1):239–65.
- The Lancet. The right to health: from rhetoric to reality. *The Lancet*.

- 2008;372(9655):2001.
- Weale A. The right to health versus good medical care? Critical Review of International Social and Political Philosophy. 2012;15(4):473-93.
- Wolff J. The Demands of the Human Right to Health. Aristotelian Society Supplementary Volume. 2012b;86(1):217-37.
- Yamin AE. Defining questions: Situating issues of power in the formulation of a right to health under international law. Human Rights Quarterly. 1996;18(2):398-438.
- Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. Applications of social research methods to questions in information and library science. 2009:308-19.

3. 인터넷 자료

- 국가법령정보센터 <https://www.law.go.kr>. (접속 2015.04.01.)
- 헌법재판정보 판례요지집
http://search.ccourt.go.kr/thz/pb/thz_pb0101_L1.do. (접속 2017.2.24.)
- Human Rights Bodies - OHCHR
<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>.

4. 인권 문서

- Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/2000/4, 11 August 2000.
- United Nations Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, submitted in accordance with Human Rights Council resolutions 15/22 and 6/29. A/HRC/17/25, 12 April 2011.
- United Nations Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand

Grover, submitted in accordance with Human Rights Council resolution 6/29. A/HRC/11/12, 31 March 2009.

부록 1. 최종 코딩표

* 모든 코딩에서 '참고문헌(Bibliography)'은 제외합니다. * 코딩단위는 단순 참고용입니다.			
Name (= Nickname)	항목 설명	코딩 기준	코딩 단위
일반사항 1. doc_type	1. 문헌 형태	1) 석사 학위논문 2) 박사 학위논문 3) 학술지논문(학술대회 발표자료 포함) 4) 신문사설	숫자
일반사항 2. author	2. 첫번째 저자의 소속	코딩원칙 1 에 따라 논문의 경우 보건행정학, 법학, 사회학, 보건의로법윤리학 등으로 표기하거나 본문에 나타난 저자 소속을 기입(예, 참여연대 운영위원 & 성숙의원 원장, 애매하면 OO 대학원 OOO 학과로 코딩), 신문사설의 경우 한겨레신문, 중앙일보, 서울신문 등으로 표기합니다.	단어나 구
일반사항 3. year	3. 발표 연도	4 자리 정수	숫자
일반사항 4. [Only journal article] journal_deprt	4. {학술지논문} 학술지의 소속	코딩원칙 1 에 따라 학술지 명칭에 나타나 있는 보건학, 법학, 사회학 등으로 코딩하고, 만약 명확하지 않은 경우 학술지 명칭을 그대로 기입합니다. * notapplicable(학위논문이거나 신문사설인 경우)	단어나 구
일반사항 5. [Only journal article] journal_quality	5. {학술지논문} 학술지의 유형	1) KCI 등재 2) KCI 등재 후보 3) 기타 * notapplicable(학위논문이거나 신문사설인 경우)	숫자
일반사항 6. topic	6. [연구 대상(화제) - 건강권 자체] 연구 대상(화제)이 건강권 자체에 대한 것인지 여부	1) 문헌의 제목에 보편적인 '건강권'이 언급됨 2) 문헌의 제목에 특정 집단 혹은 특정 분야와 관련된 '건강권'이 언급됨 3) 건강권 관련 있지만 문헌의 제목에는 '건강권'이 포함되지 않음 4) 기타(아주 드문 경우로, '건강권' 용어가 언급되었지만 저자의 의도와 무관하게 언급된 문헌, 예로 '건강권'이 고유명사에 들어 있는 경우나 저자의 의도와 무관하게 언급된 인용문에 '건강권'이 언급된 경우, 후자의 경우는 저자가 동의하거나 동의하지 않는 인용문에 '건강권'이 언급된 경우는 '3'에 코딩하시면 되어요)	숫자
일반사항 7. spot_Rth	7. [언급 위치] 상기 용어들이 언급된 위치 (복수응답, 선택으로 구분)	1) 문헌 제목 2) 국문 초록이나 영문 초록 3) 주제어 4) 본문 내 캡터링 제목 5) 본문-서론: 연구방법까지(신문사설 or 주장글은, 본문 초반) 6) 본문-본문: 연구방법이후 ~ 연구결과까지(신문사설 or 주장글은, 본문 중반) 7) 본문-결론: 결론, 고찰, 제언, 한계(신문사설 or 주장글은, 본문 후반) 8) 주석 9) 기타 * 주의: 선택지 4 와 5, 4 와 6, 4 와 7 은 중복 코딩될 수 있습니다.	숫자
일반사항 8. indicat_area_pop	8. [건강권 지표 - 분야] 건강권 지표가 언급된 문헌에 한해, 언급된 건강권 지표가 전체를 다루는지 vs 특정 분야나 특정	1) 전체 건강권 2) 특정 건강권 3) 둘 다 * notapplicable(건강권 지표가 부재한 문서인 경우)	숫자

Name (= Nickname)	항목 설명	코딩 기준
	집단(예, 성 건강과 재생산 건강, 모자 건강 등)을 다루는지 여부	
일반사항 9. pages of document	9. [문헌의 분량] 문헌의 쪽수	문헌이 1쪽부터 시작하는 경우 마지막 쪽수를 기록하고, 문헌이 특정 쪽수부터 시작하는 경우 마지막 쪽수에서 첫번째 쪽수를 빼고 1을 더함.
I. topic_content (topic_c)	연구 대상이나 글의 화제(논문인 경우 제목)	*논문인 경우: 논문의 제목을 코딩합니다. *신문사설인 경우: 화제에 해당하는 내용 코딩합니다.
II. Objective (objective)	연구나 글의 목적 (신문사설인 경우 제목)	*논문인 경우: 논문의 '연구 목적'(1순위) 부분이나 '초록'(2순위) 부분에서 '목적'이라는 단어가 들어간 문장을 코딩합니다. 혹여나 2군데 모두 '목적'이란 단어가 들어간 문장이 없다면 예로 '...를 연구하고자 한다' 등 연구 목적에 가장 근접한 문장을 코딩합니다. *신문사설 or 주장글의 경우: 사설의 제목을 코딩합니다.
III. [Don't code] Naming of Rth	[Don't code] 건강권에 대한 명명	이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다. 하부 노드에 대한 주의사항은 다음과 같습니다. *주의 1: 참고문헌 외에 언급된 모든 단어나 용어를 코딩합니다. *주의 2: 괄호를 이용하여 한글이나 영어 혹은 한자가 병용 표기 되어 있는 경우에는 괄호까지 불락 지정하여 괄호 앞 명명에 해당하는 노드에 1번만 코딩합니다. *주의 3: 결과적으로 III-1. ~ III-9까지 중복되어 코딩되는 경우는 없습니다. * 주의 4: '목적'은 본문에서 반복되므로 코딩 대상에서 제외합니다.
1. mentioning '건강권' or '健康權' (name_Rth_1)	언급된 '건강권' or '健康權' 단어	건강권' or '健康權'이라는 단어
2. mentioning '보건권' or '保健權' (name_Rth_2)	언급된 '보건권' or '保健權' 단어	보건권' or '保健權'이라는 단어
3. mentioning '건강할 권리' or '健康할 權利' (name_Rth_3)	언급된 '건강할 권리' or '健康할 權利' 용어	건강할 권리' or '健康할 權利' 라는 용어 *주의: '건강할 권리'가 '건강권'과 동일한 의미인 경우에 코딩합니다.
4. mentioning 특정 집단의 건강권 (name_Rth_4)	언급된 특정 집단 건강권 용어	예로, '노동자 건강권'이나 '여성 건강권'뿐 아니라 '국민의 건강권', '보건권'이라 함은 국민이 자신과 가족의 건강을 유지하는데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리' 등을 코딩합니다. *주의: 본문 안의 장과 절 제목에 '건강권'이라 쓰였지만 맥락 상 특정 집단의 건강권이 명확하면 여기에 코딩합니다.
5. mentioning 특정 분야 건강권 (name_Rth_5)	언급된 특정 분야의 건강권 용어	예, 재생산 건강권, 성 건강권 등 용어
6. mentioning 'right to health' (name_Rth_6)	언급된 'right to health' or 'rights to health' 용어	'right to health' or 'rights to health' 라는 용어
7. mentioning 'health right' (name_Rth_7)	언급된 'health right' or 'health rights' 용어	'health right' or 'health rights' 라는 용어
8. mentioning 'right to be healthy' (name_Rth_8)	언급된 'right to be healthy' or 'rights to be healthy' 용어	'right to be healthy' or 'rights to be healthy' 라는 용어 * 주의: 'right to be healthy' or 'rights to be healthy'가 '건강권'과 동일한 의미인 경우에 코딩합니다.
9. 기타 mentioning (name_Rth_etc)	상기 8 가지 명명을 제외한 기타 명명	예, 건강에 관한 권리, 건강과 의료에 관한 인간의 권리, 'the right to the highest attainable standard of health' 등 용어
IV. [Don't code] other human rights	[Don't code] 타 인권이나 타 권리	이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다.

Name (= Nickname)	항목 설명	코딩 기준	코딩 단위
1. list of other human rights (oth_HR_list)	타 인권이나 타 권리 언급 시 그 목록	예로, 인권의 범주적 목록(기본권, 사회권, 자유권적 인권 등), 인권의 구체적 목록(인간 존엄성, 자유, 평등, 생존권, 언론의 자유, 노동권 등), 특정집단의 권리/인권(소비자의 권리, 환자의 권리, 청소년의 권리 등), 주요 권리(알권리, 선택권, 검역주권, 의약주권 등) *주의 1: 우리의 상식으로 의료보장권 처럼 건강권에 속하는 권리 목록이더라도 해당 문서에서 건강권과의 관계가 명시적으로 기술되거나 맥락상 자명하지 않은 경우는 '건강권 목록' 노드가 아닌 여기 노드에 코딩합니다. *주의 2: '국가인권위원회' 등 고유명사에 나오는 인권 목록, 조사권 혹은 실사권 같은 권한, 배상청구권 혹은 채권과 같은 매우 구체적인 권리는 코딩하지 않습니다. *주의 3: 'naming of Rth' 노드와 달리 해당 목록이 여러번 나오는 경우 모두 코딩할 필요 없이 한번만 코딩하면 됩니다. 혹시 코딩했는지 기억 안 나시면 여러번 하셔도 됩니다. 2 차 분석에서 제외하면 되니까요. *주의 4: 혹시 목록이 여러 개 연달아 기술되어 있으면 한꺼번에 블록 지정해서 코딩해도 됩니다.	
2. relationship between Rth & other human right (relation_c)	건강권과 IV-1 의 타 인권/권리 사이의 관계를 설명한 경우 그 내용	예로, 'FTA 가 건강권과 소비자 권리에 영향을 미칠 것이다', '건강권은 기본권의 하나', '건강권과 생명권은 이념적으로 일체이다' 등	
V. Principle of Human rights (HR_principle)	보편적인 인권 원칙 (예, 보편성 universality, 양도불가성 inalienability, 불가분성 indivisibility, 상호의존성 interdependency, 상호연관성 interrelatedness, 평등 equality, 비차별 non-discrimination, 책무성 accountability, 법의 지배 rule of law 등)를 언급한 내용	* 주의 1: 건강권의 원칙이 아닌 인권의 원칙인 경우 코딩합니다. *주의 2: 인권의 원칙이더라도 특정 인권 목록의 원칙이 아니라, 전체 인권을 의미하는 '인권'이라는 단어가 써 있는 경우이거나 맥락상 전체 인권의 원칙이 자명한 경우에만 코딩합니다. *참고 1: 인권 원칙, 책무성(accountability)에 대한 설명은 해당 시트 참조해 주세요.	
▼ 여기 부터는 해당 문서에서 건강권과의 관계가 명시적으로 기술되었거나 맥락상 자명한 내용만 코딩합니다.			
VI. [Don't code] references of Rth	[Don't code] 건강권의 근거 규정	이 노드는 코딩하지 않습니다.	[Don't code]
1. [Don't code] International reference	[Don't code] 건강권의 국제적 근거 규정	이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다.	[Don't code]
1) WHO Charter (Rf_who_c)	건강권의 국제적 근거가 되는 세계보건기구 헌장이나 구체적 조항		기본은 문장
2) Universal Declaration of Human Rights (Rf_udhr_c)	건강권의 국제적 근거가 되는 세계인권선언이나 구체적 조항		기본은 문장
3) ICESCR (Rf_icescr_c)	건강권의 국제적 근거가 되는 사회권 규약(경제사회문화적 권리에 관한 국제규약)이나 구체적 조항		기본은 문장
4) ICCPR (Rf_iccpr_c)	건강권의 국제적 근거가 되는		기본은

Name (= Nickname)	항목 설명	코딩 기준
	자유권 규약(시민·정치적 권리에 관한 국제규약)이나 구체적 조항	
5) Alma Ata (Rf_alma_c)	건강권의 국제적 근거가 되는 알마아타 선언이나 구체적 조항	
6) Convention on the Rights of the child (Rf_crc_c)	건강권의 국제적 근거가 되는 아동권리협약이나 구체적 조항	
7) CEDAW (Rf_cedaw_c)	건강권의 국제적 근거가 되는 여성차별철폐협약이나 구체적 조항	
8) ETC (Rf_itnl_etc_c)	상기 7 가지 국제문서 외에 건강권의 국제적 근거가 되는 기타 국제 문서나 구체적 조항	* 주의: General Comment 14(일반 논평 14)는 규약, 협약, 선언 등과 달리 건강권에 대한 해석에 가까우므로 제외합니다. 하지만 그 외 '환자권리선언' 등 저자가 건강권의 근거 조항이 포함되었다고 기술하는 규약, 협약, 선언은 가감없이 코딩해 주세요.
2. [Don't code] Domestic reference	[Don't code] 건강권의 국내적 근거 규정	이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다.
1) Korean Constitution (Rf_const_c)	건강권의 국내적 근거가 되는 헌법이나 구체적 조항	
2) Framework Act on Health Care (Rf_hclaw_c)	건강권의 국내적 근거가 되는 보건의료기본법이나 구체적 조항	
3) ETC (Rf_dmst_etc_c)	상기 2 가지 외에 건강권의 국내적 근거가 되는 기타 국내 문서(예, 의료법, 소비자기본법, 환자권리장전 등)나 구체적 조항	*주의: 건강권의 근거 조항이 없다고 알고 있는 '국민건강증진법'이라 해도 저자가 건강권의 근거 법률이라고 생각하고 기술하면 여기에 코딩해 주세요. 코딩 원칙은 저자의 의견을 그대로 코딩하는 것이니까요.
VII. [Don't code] interpretation of RtH	[Don't code] 건강권에 대한 해석	이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다. *주의: 이때 '해석'이란 아래 '1.interpretation1'과 '2.interpretation2'처럼 좀 더 상세된 건강권에 대한 개념 규정이라고 보시면 됩니다. 즉 건강권의 내포나 외연을 설명하고 있는 경우라고 할 수 있습니다. 이 노드에 적합하지 않은 경우의 예를 들자면 '인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 혹은 사회적 조건에 따른 차별 없이 최상의 건강 수준을 유지하는 것이 인간 이 누려야 할 기본권의 하나이다' 문장이 있는데, 이는 해석이라기 보다 건강권의 실현 과정(원칙)인 '비차별과 평등' 노드와 '건강권과 타 인권/권리 목록의 관계' 노드에 해당한다고 볼 수 있습니다.
1. interpretation1 – freedom and entitlement (interpret1-c)	건강권 해석 1 – "건강권은 freedom 과 entitlement 로 구성된다"라는 언급이나 이와 관련된 내용	* 주의: freedom 이나 entitlement(수급권, 자격, 급부, 급부권 등) 중 한 가지만 언급되는 경우에도 코딩합니다.
2. interpretation2 – facilities, goods, services, conditions (interpret2-c)	건강권 해석 2 – "도달 가능한 최고의 건강 수준을 실현하는데 필요한 시설, 재화, 서비스, 조건을 누릴 권리"라는 언급이나 이와 관련된 내용	* 주의: 도달 가능한 최고의 건강 수준을 실현하는데 필요한 시설, 재화, 서비스, 조건 중 한 가지만 언급되는 경우에도 코딩합니다.
3. interpretation3 – etc (interpret_etc-c)	건강권 해석 3 – 상기 2 가지 해석 외에 건강권을 해석하는 기타 내용	
VIII. lists of RtH (list_RtH)	건강권을 실현/보장하기 위한 세부권리 목록이나 세부 보장 목록	* 주의 1: 이 노드에 코딩되는 목록은 범위나 차원, 수준이 다양할 수 있습니다.

Name (= Nickname)	항목 설명	코딩 기준	코딩 단위
		<p>*주의 2: 이 노드에 코딩할 때는 건강권과의 관련성이 명시적으로 기술되거나 맥락상 자명해야 합니다.</p> <p>*주의 3: 이 노드에 코딩할 때는 '권리'나 '권'이 포함되지 않는 목록이 코딩될 수 있습니다.</p>	
IX. [Don't code] AAAQ	[Don't code] 건강권의 필수적인 요소인 AAAQ	<p>이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다.</p> <p>*참고: AAAQ의 개념은 해당 시트를 참조하시기 바랍니다.</p> <p>*주의 1: 일례로, 해당 문서에서 건강권의 세부권리로서 '의료접근권'만 언급했다면 이는 VIII. lists of RtH의 하부 노드에 코딩해야 하고, '모든 이가 접근 가능한 의료접근권'이라고 '접근성'에 대한 설명을 곁들인 경우는 여기 노드의 하부 노드에 코딩합니다. 이 노드의 핵심은 AAAQ의 개념이나 속성을 설명하는 내용을 코딩하는 것입니다.</p> <p>*주의 2: 보건 시설, 재화, 서비스뿐 아니라 식수, 주거, 보건교육, 건강증진 등 해당 문서에서 명시적으로 건강권의 세부권리/보장 목록으로 기술한 것들의 AAAQ 개념이나 속성을 설명한 경우에도 코딩합니다.</p>	[Don't code]
1. aaaq1 - availability (aaaq_1c)	AAAQ 1 - 건강권과 관련하여 '가용성'에 대해 서술한 내용		기본은 문장
2. aaaq2 - accessibility (aaaq_2c)	AAAQ 2 - 건강권과 관련하여 '접근성'에 대해 서술한 내용		기본은 문장
3. aaaq3 - acceptability (aaaq_3c)	AAAQ 3 - 건강권과 관련하여 '수용성'에 대해 서술한 내용		기본은 문장
4. aaaq4 - quality (aaaq_4c)	AAAQ 4 - 건강권과 관련하여 '질'에 대해 서술한 내용		기본은 문장
X. [Don't code] process of RtH realization	[Don't code] 건강권 실현 과정에서의 접근 방식	<p>이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다.</p> <p>*주의 1: 앞서 'V. Principle of Human rights(보편적인 인권 원칙)' 노드와 유사하지만 다른 점은 노드 'V'는 전체 인권에 대한 내용을 코딩하는 반면, 이 노드는 건강권에 한정된 내용만 코딩한다는 점입니다. 따라서 반드시 건강권 혹은 건강권 목록에 대한 설명이라는 것이 명확해야 코딩할 수 있습니다.</p>	[Don't code]
1. non-discrimination, equality (process_1c)	건강권에 한정하여 비차별, 평등성에 대해 언급한 내용	*예로, 비차별, 평등(동일, 공평, 형평)과 같은 용어는 없지만 '모든 사람', '보편적으로' 등의 용어가 언급되면 이 노드에 코딩해 주세요.	기본은 문장
2. participation (process_2c)	건강권에 한정하여 의사결정에의 참여에 대해 언급한 내용		기본은 문장
3. monitoring, evaluation (process_3c)	건강권에 한정하여 모니터링과 평가에 대해 언급한 내용		기본은 문장
4. accountability (process_4c)	건강권에 한정하여 책무성(accountability)에 대해 언급한 내용		기본은 문장
5. 3rd parties' recognitions of RtH (process_5c)	건강권에 한정하여 국가 외 행위자(사기업, 시민사회 등)의 건강권 인식이나 건강권 관련 활동 에 대해 언급한 내용	* 여기서 제 3자란 사기업, 시민사회단체, 의료인, 전문가 등을 의미합니다. 그렇다고 이 기준이 절대적인 것은 아니고 문헌의 맥락을 고려해 판단해 주세요.	기본은 문장
X I. [Don't code] state obligation - RtH	[Don't code] 국가의 건강권 의무	이 노드는 코딩하지 않습니다.	[Don't code]

Name (= Nickname)	항목 설명	코딩 기준
		<p>*주의 1: 코딩하는 내용에는 '국가(중앙과 지자체의 입법부, 사법부, 행정부 및 관련 기관)'가 명시적으로 기술되거나 맥락적으로 자명해야 합니다.</p> <p>*주의 2: 이 부분은 '건강권 목록'과 중복될 수 있습니다. 중요한 것은 이 노드에는 '국가(중앙과 지자체의 입법부, 사법부, 행정부 및 관련 기관)'의 의무, 책임'이 명시적으로 기술되거나 맥락상 자명해야 코딩 가능합니다.</p>
1. [Don't code] categorizing framework	[Don't code] 국가의 건강권 의무, 책임을 범주화한 유형	<p>이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다.</p> <p>*주의: 이 노드는 다음의 '2. [Don't code] list of state obligation'의 하부노드와 달리 범주를 관련 내용(범주를 설명, 범주에 따라 분류된 목록)이 들어갑니다.</p> <p>*참고: 하부 노드에 나오는 개념 설명은 '국가 의무 범주화' 시트를 참고하면 됩니다.</p>
1) state obligation -categorizing framework (state_oblg1)	범주화 유형 1 - 즉시이행 의무와 점진적 의무로 범주화한 경우 관련 내용	* 주의: 즉시 이행 의무나 점진적 의무 둘 중 하나만 있어도 코딩합니다.
2) state obligation -categorizing framework (state_oblg2)	범주화 유형 2 - 존중할 의무, 보호할 의무, 실현할 의무로 범주화한 경우 관련 내용	* 주의: 존중할 의무나 보호할 의무, 실현할 의무 셋 중 하나만 있어도 코딩합니다. 이때 '존중', '보호', '실현'이라는 용어를 사용하지 않더라도 개념이 동일하다면 여기에 코딩합니다. (예, '보건권은 국가가 공권력의 행사를 통하여 개인의 건강을 침해하여서는 아니된다는 소극적 의미일 뿐만 아니라 국민보건을 위하여 필요한 정책을 적극적으로 수립하고 추진할 의무를 진다는 적극적 의미도 포함하여, 이러한 점에서 유해물질관리를 통한 건강보호는 더욱 밀접하게 관련성이 있다')
3) state obligation -categorizing framework (state_oblg3)	범주화 유형 3 - 상기 2 가지 범주화 유형 외 기타의 범주화 내용	(예, '보다 우선적인 의무', '핵심 의무' 등 관련 내용 등)
2. list of state obligation (state_oblg_list)	구체적인 국가의 건강권 의무 목록	<p>* 주의: 국가의 건강권 의무 목록의 예는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 단순히 국가의 건강권 의무 명시 - 모든 이에게 건강권의 향유를 보장하기 위하여 그 목적을 규정하는 인권 원칙에 기반을 두어 국가 전략을 채택 - 건강권에 대한 국가 의무 혹은 전략에 대한 모니터링, 평가 체제 - 건강권에 대한 국가의 책무성 관련 내용 - 건강권 실현 관련 국가의 국제 협력, 원조에 대한 책임 관련 내용
X II. [Don't code] RtH indicators	[Don't code] 건강권 지표	<p>이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다.</p> <p>*주의: 하부 노드에 코딩될 내용은 '(건강권의) 지표'라는 용어가 명시적으로 혹은 맥락상 자명하게 나타날 경우에 코딩합니다.</p>
1. need of RtH indicators (indicat_n_c)	건강권 지표의 필요성을 언급한 내용	
2. specific areas or populations of RtH indicators (indicat_area_pop_c)	특정 분야나 특정 집단의 건강권 지표가 언급된 경우 그 특정 분야나 특정 집단	(예, 성 건강과 재생산 건강, 모자 건강 등)
3. [Don't code] categorization of RtH indicators	[Don't code] 건강권 지표의 범주화 유형	이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다.
1) categorization framework1 - S P O (indicat_catgr1)	건강권 지표의 범주화 유형 1 - 구조 지표, 과정 지표, 결과 지표로 범주화한 경우 관련 내용	<p>*주의: 구조 지표, 과정 지표, 결과 지표 셋 중 하나만 관련된 내용이 있어도 코딩합니다.</p> <p>*참고: 구조 지표, 과정 지표, 결과 지표로 구성된 건강권 지표의 범주화 유형 1 에 대한 설명과 예시는 해당 시트를 참조해 주세요.</p>
2) categorization	건강권 지표의 범주화 유형 2 -	

Name (= Nickname)	항목 설명	코딩 기준	코딩 단위
framework2 - other (indicat_catgr2)	기타 범주화 내용		문장
4. list of RtH indicators without categorization (indicat_no-catgr-l)	범주화 없이 언급된 구체적 건강권 지표 목록		
5. etc of RtH indicators (indicat_etc)	상기 내용 외 언급된 건강권 지표 관련 내용		기본은 문장
X III. [Don't code] benchmark of RtH	[Don't code] 건강권의 벤치마크	이 노드는 코딩하지 않습니다. 이 노드의 하부 노드만 코딩합니다. *주의: '벤치마크'의 개념은 "규범적 고려나 경험적 고려에 의해 미리 결정된 값(value)을 갖는 지표"입니다. 따라서하부노드에코딩될내용은 '벤치마크(혹은 목표, 기준)'란 단어가 명시적으로 기술되었거나 건강권 지표와 그 지표의 목표수치가 언급된 맥락일 경우 코딩합니다.	[Don't code]
1. need of benchmark of RtH (bmark_n_c)	건강권의 진전을 측정하기 위한 벤치마크의 필요성 관련 내용		기본은 문장
2. content or list of benchmark of RtH (bmark_c_list)	구체적인 건강권 벤치마크 내용		기본은 문장
3. etc of benchmark of RtH (bmark_etc)	상기 내용 외 언급된 건강권 벤치마크(목표, 기준) 관련 내용		기본은 문장
X IV. define_health (define_health)	건강에 대한 저자의 개념이나 저자가 동의하는 개념 정의	*주의: 이때 코딩하는 건강에 대한 개념 정의는 건강권과 관련 있는 맥락에서 언급되는 내용이어야 합니다. 따라서 명시적으로 혹은 맥락상 명백하게 건강권의 논의를 위해 건강 개념이 서술된 경우가 아니면 코딩에서 제외합니다.	기본은 문장
X V. RtH_holder (RtH_holder)	건강권의 실현을 위한 권리 주체의 역량, 역할 등에 대한 언급 내용	* 주의 1: 권리 주체에 대한 언급으로서, '권리 주체'라는 용어는 호명되지 않더라도 문맥상 권리 주체에 대한 언급이면 코딩합니다. (예: "권리가 집단을 구체적으로 결집시키지 못하면 추상적이고 선언적으로 남을 수밖에 없다. 따라서 건강권 실현을 위해 운동하려면 누가 무엇을 대상으로 어떻게 할 것인가 구체적인 고민을 하여야 한다.") *주의 2: 시민사회단체는 3rd party로 볼 수 있기 때문에 관련내용은 주로 건강권 실현의 'process_5c'에 코딩하고, 시민이나 국민 등 조직되지 않는 사람들은 'RtH_holder'에 코딩하면 되어요. 하지만 이는 상대적이어서 만약 권리 주체가 사회단체인 경우는 'RtH_holder'에 코딩해야 됩니다.)	기본은 문장
X VI. RtH_obligation bearer (RtH_obligationbearer)	국가(중앙정부, 지방정부, 입법부, 사법부와 관련 기관) 외 의무 주체와 관련된 내용	참고로 이 노드는 'X I. [Don't code] state obligation - RtH' 노드와 유사한데 국가(중앙과 지자체의 입법부, 사법부, 행정부 및 관련 기관)를 제외한 의무 주체에 대한 내용이면 이 노드에 코딩합니다. '건강권', '의무', '책임'이 명백한 맥락의 내용이어야 합니다.	기본은 문장

부록 2. 최종 코딩 지침

*코딩 원칙

1. 이번 내용 분석의 목적은 연구자의 분류체계에 따라 한국 사회의 건강권 관련 텍스트 기반 학술 커뮤니케이션의 "실재"를 재구성하는 것입니다. 따라서 코더의 자의적 판단을 지양하고 문서의 실제 내용에 근거하여 코딩해야 합니다. 다시 말해 코더의 기존 지식이나 의견과 무관하게, 문서에 나와 있는 저자의 의견이나 관점, 주장을 그대로 코딩해야 합니다. 이를 위해 특정 노드에 코딩하는 내용은 그 주변에 명확한 근거가 존재하거나 맥락 상 자명할 경우에만 코딩합니다.

예로, 코더 A가 '요양기관 강제지정제'가 건강권을 보장하기 위한 것이라는 의견을 갖고 있더라도, 분석하는 문서의 저자가 '요양기관 非강제지정제'가 건강권을 위한 목록이라고 본다면 '요양기관 非강제지정제'를 건강권 목록에 코딩해야 합니다. 또한 건강권 관련 내용을 인용했지만 저자의 의견/주장과 다르거나 무관하다면, 그 인용 내용은 코딩하지 말아야 하고 실제 저자의 의견/주장(인용 내용과 반대되는 내용 혹은 그것과 무관한 실제 저자의 의견/주장)을 코딩해야 합니다.

* 예외적으로, 노드 III(Naming of RtH)의 "전체 하부 노드"와 노드 IV(other human rights)의 "1. list of other human rights(oth_HR_list)"는 기술된 대로 코딩하시면 됩니다.

2. 2 차 분석을 할 때 분석가가 코딩 결과만 보아도 코딩 내용을 이해할 수 있도록 포괄적으로 코딩합니다. 이는 코딩 근거가 명시적이거나 자명하다고 가정하는 상황에서, '코딩 결과 레포트' 만으로도 노드와 코딩 내용이 상응함을 알 수 있게 코딩한다는 의미입니다. 또한 '포괄적 코딩 원칙'에 따라 특정 노드에 코딩해야 할지 말아야 할지 고민이 되는 경우에도 코딩하기를 권합니다.

3. 정해진 코딩 단위(단어, 구, 문장 등)는 참고 사항이므로 준수할 필요는 없습니다. 필요하다면 코딩 단위가 '단어'인 경우라도 여러 문장을 코딩할 수 있습니다.

4. 노드의 순서 상, 건강권 근거 규정(VI. References of RtH) 부터는 건강권과 관계된 내용만 코딩합니다. 즉, 우리의 상식 상 건강권과 명확한 관계가 있는 것으로 보이는 내용이라 문서에서 건강권과의 관계가 명시적이거나 맥락상 그 관계가 자명하지 않는 내용은 코딩하지 않습니다.

5. 'III. [NO CODE] Naming of RtH'에 속한 노드를 제외한 나머지 노드에서는 똑같은 것이나 유사한 것이 반복되어 나오는 경우 한번만 코딩합니다. 혹여나 코딩했는지 찾기가 어렵다면 또 다시 코딩하여도 됩니다. 2 차 분석에서 검토할 예정이기 때문입니다.

* 엔비보 사용 시 유념사항

1. 팀 작업을 위해서 file > options> general tab 의 'user profile' 영역에서 'Prompt for user on launch'에 체크를 해주셔야 합니다.

2. 코딩시 조사가 붙는 걸 방지하기 위해 file > options> general tab 의 'coding' 영역에서 'code whole words'의 체크를 해제해야 합니다. 간혹 그렇게 해도 코딩 결과를 보면 조사가 붙는 경우가 있습니다만 조사가 붙어 코딩되어도 문제는 없습니다.
3. 불러온 외부 문서의 경우 'editable' 하지 않을 때 줄바꿈 사이의 빈공간이나 글자 사이의 빈공간이 존재할 수 있으니 검색 시에 유념할 필요가 있습니다. 예로 '건강권'이 아닌 '건강권' 등이 있습니다.
4. 코딩과 관련 있는 내용이지만 어느 노드에 코딩할지 헷갈리는 경우 "code in vivo"를 사용합니다. "code in vivo"를 사용하면 블락지정한 텍스트 자체가 노드명이 됩니다. 이때 생성되는 노드의 저장 위치는 'Nodes' 폴더 하부여서, 'Free Nodes'와 'Tree Nodes'와 동일한 수준입니다.

* 코딩 순서 권고

- ① topic
- ② objective
- ③ 첫 번째 “Ctrl + F”: naming of RtH 검색 -> 검색어는 ‘건강권’, ‘보건권’, ‘건강할 권리’, ‘權’, ‘right’
- ④ 문헌의 일반정보 1-9까지 입력(혹은 중간 중간 정보에 따라 입력)
- ⑤ 두 번째 “Ctrl + F”: 검색어는 ‘권’
 - 이때 건강권 전후 한 두 단락은 필히 읽어보아 주세요.
 - ‘건강권’이 제목으로 들어간 장이나 절은 다 읽어보아 주세요.
- ⑥ 세 번째 “Ctrl + F”: 검색어는 ‘건강’(개념 살펴보기 위해), ‘의무(국가 의무, 국가 외 의무 주체의 의무)’, ‘주체(권리 주체 관련 내용)’, ‘지표’, ‘벤치마크’ 등

*수첩을 준비해서 건강권 주요 목록이 나오는 경우, 메모하여 보면서 이후 코딩 진행하면 도움이 됩니다.

* 인권 원칙

인권 원칙에는 보편성과 양도불가능성, 불가분성, 상호의존성과 상호연관성, 비차별과 평등성, 참여와 통합, 책무성과 법의 지배가 있다.

- 보편성과 양도불가능성: 인권은 보편적이고 양도가 가능하지 않다. 전 세계 모든 사람들에게 인권이 있다. 인간으로 태어난 사람들은 자발적으로 인권을 포기할 수 없다. 타인이 그들의 인권을 빼앗아 갈 수도 없다. 세계인권선언 1 항에 명시되었듯, “모든 인간은 자유롭고 평등한 존엄과 권리를 갖고 태어났다.
- 불가분성: 인권은 분리할 수 없다. 시민적 성격이든, 문화적 성격이든, 경제적 성격이든, 정치적 성격이든, 사회적 성격이든, 이 모든 것은 모든 인간의 존엄성에 내재된 것이다. 결과적으로 그 모든 것은 권리로서 동등한 상태이고 위계적 질서에 의해 순위와 우선성이 매겨질 수 없다.
- 상호의존성과 상호연관성: 권리 하나의 실현은 전체적으로 혹은 부분적으로 다른 권리의 실현에 때때로 의존한다. 예를 들면 어떤 상황에서 건강권의 실현은 교육에 대한 권리나 정보에 대한 권리의 실현에 달려 있을 것이다.

- 평등성과 비차별: 모든 개인들은 인간으로서 평등하고 각각 타고난 인간의 존엄성때문에 평등하다. 모든 인간은 인권조약기구에 의해 나열된 인종, 피부색, 성별, 민족, 연령, 언어, 종교, 정치나 여타 견해, 국적이나 출신 사회, 장애, 재산, 태생 혹은 다른 상태와 같은 어떤 종류의 차별 없이 인권을 갖고 있다.
- 참여와 통합: 인권과 기본적 자유가 실현될 수 있는 시민적, 경제적, 사회적, 문화적, 정치적 발전(development)에 모든 개인과 모든 사람들은 적극적이고 자유롭고 유의미한 참여와 기여할 권리가 있고 그 발전을 향유할 권리가 있다.
- 책무성과 법의 지배: 국가와 여타 의무주체들은 인권의 준수에 책임이 있다. 이런 측면에서 국가와 여타 의무주체들은 인권 문서에 명시된 법적 규범과 기준을 따라야 한다. 이것이 실패하는 경우 고통을 받은 권리주체는 법에 제시된 규칙과 절차에 따라 적격한 법원이나 타 재판관 앞에서 적절한 시정을 위한 법적 절차를 제기할 권리가 있다.

[출처: HRBA_Common_Understanding_among_UN_2003]

*책무성(accountability) 개념

A. 책무성(accountability)이 무엇인가?

책무성이란 정부가 어떻게 건강권에 대한 의무를 이행하였는지를 보여주고 설명하고 확인시키는(justify) 과정이다. 또한 이 과정은 권리 주체에게 정부가 어떻게 건강권 의무를 이행하였는지 이해할 기회를 제공한다.

B. 책무성이 아닌 것은...

건강권 책무성은 반응성(responsiveness), 책임(responsibility), 응답가능성(answerability), 평가(evaluation)과 동일하지 않다. 왜냐하면 이들 개념은 교정(remedies)을 설명하고 제시할 법적 강제를 포함하지 않기 때문이다.

[출처: Accountability and the right to the highest attainable standard of health (Potts 2008)]

* AAAQ(Availability, Accessibility, Acceptability, Quality)의 개념

12. 모든 형태 및 단계의 보건권은 다음의 상호 연관된 필수적인 요소를 포함한다. 이러한 요소의 구체적인 적용은 특정 당사국의 지배적인 환경에 달려있다.

- ① **가용성**. 제대로 기능하는 공공 보건 및 보건의료 시설, 상품과 서비스, 그리고 프로그램이 당사국 내에 충분한 양으로 이용가능하여야 한다. 시설, 상품 및 서비스의 정확한 성격은 당사국의 발전 수준 등 다수의 요인에 따라 다르게 나타날 것이다. 그러나 이들은 "필수 의약품에 관한 세계보건기구(WHO) 행동계획"에 규정되어 있는 바와 같이 안전하고 마실 수 있는 식수, 적절한 위생시설, 병원, 진료소 및 기타 건강 관련 시설, 국내에서 경쟁력 있는 보수를 받고 있는 훈련된 의료 및 전문적 관계자, 필수 의약품 등 건강의 기초를 이루는 결정요인을 포함한다.

- ② **접근성**. 보건 시설, 물품 및 서비스는 당사국의 관할권 내에서 차별 없이 모든 이에게 접근 가능하여야 한다. 접근성은 네 가지 차원을 가지는 것으로 볼 수 있는데 이들은 부분적으로 겹치는 내용이 있다.
- 비차별 - 보건 시설, 물품 및 서비스는 모든 이에게, 특히 가장 소외된 인구 집단에게, 법률상·사실상 어떠한 금지된 근거에 의한 차별 없이 접근 가능하여야 한다.
 - 물리적 접근성 - 보건 시설, 물품 및 서비스는 소수민족과 토착민, 여성, 아동, 청소년, 노인, 장애인 및 HIV/AIDS 감염자와 같이 취약하거나 소외된 집단을 포함하는 모든 인구 집단이 물리적으로 안전하게 도달할 수 있는 범위 내에 있어야 한다. 또한 접근성은 의료 서비스, 그리고 안전하고 마실 수 있는 물과 적절한 위생시설 등 건강 결정요소가 농촌 지역 등지에서도 안전하게 도달할 수 있는 것을 의미한다. 접근성은 장애인의 건물에 대한 적절한 접근성 역시 포함한다.
 - 경제적 접근성(경제적 부담가능성) - 보건 시설, 물품 및 서비스는 모든 이에게 경제적으로 부담 가능하여야 한다. 보건의료 서비스 및 건강 결정요소 관련 서비스 비용은 형평의 원칙에 기초하여야 하며 사적으로 제공되었는지 공적으로 제공되었는지를 불문하고 사회적으로 혜택 받지 못한 집단을 포함하여 모든 이에게 부담 가능하도록 보장되어야 한다. 형평성은 가난한 가정이 부유한 가정과 비교하여 건강 비용에 대해 불균형적으로 많은 부담을 지지 않을 것을 요구한다.
 - 정보 접근성 - 접근성은 건강 문제에 관한 정보와 지식을 구하고 입수하고 전파할 권리를 포함한다. 그러나 정보의 접근성은 개인의 건강 정보가 비밀 유지의 조건하에 다루어질 권리를 손상해서는 안 된다.
- ③ **수용성**. 모든 보건 시설, 물품 및 서비스는 의료 윤리를 존중하여야 하며 개인, 소수자, 민족 및 공동체의 문화를 존중하는 등 문화적으로 적절하여야 하며 성(gender)과 생명주기의 필요에 민감해야 하며, 비밀유지 존중 및 관련인의 건강 상태 개선을 위해 계획되어야 한다.
- ④ **질**. 보건 시설, 물품 및 서비스는 문화적으로 수용 가능하여야 할 뿐 아니라 과학적 및 의학적으로 적절하여야 하며 양질이어야 한다. 이를 위해서는 특히 숙련된 의료 관계자, 과학적으로 검증되었으며 기한이 지나지 않은 약품 및 병원 장비, 안전하고 마실 수 있는 물, 그리고 적절한 위생이 필요하다.

[출처: 일반 논평 14의 12번 단락 (번역, 국가인권위)]

* 건강권 지표의 범주화 유형 1

① 구조 지표(Structural indicators): 구조 지표는 인권 의무를 지키는 조치를 채택하기 위한 국가의 수용, 의도, 공약을 측정하는데 도움이 된다. 건강권 관련 구조 지표의 예시는 다음과 같다.

(일반 법률과 정책, 성 건강과 재생산 건강, 필수 의약품 예시)

- 국가는 헌법에 건강권을 규정하고 있는가?
- 국가에는 건강권을 포함하여 권한 부여받은 국가 인권 기관이 있는가?
- 정부는 모성 사망을 낮추는 국가 전략과 활동 계획을 채택했는가?
- 정부는 필수 의약품 목록을 갖고 있는가?
- 의약품에 대한 의무 면허 조항이 국가 법률에 통합되어 있는가?

② 과정 지표(Process indicators): 과정 지표는 국가가 인권 공약을 바람직한 결과로 바꾸기 위해 정책 수단과 활동 프로그램의 실행을 통한 국가의 노력을 측정하는데 도움이 된다. 건강권 관련 과정 지표의 예시는 다음과 같다.

(성 건강과 재생산 건강, HIV/AIDS 예시)

- 임신 기간 중 임신과 관련한 이유로 최소한 한 번 이상 숙련된 보건 인력이 진찰한 비율
- 숙련된 보건 인력이 참석한 출산 비율
- 인구 50 만 명당 기초적인 필수 산과 진료가 이루어지는 시설 수
- 항레트로바이러스 치료제가 조합된 것을 투약 받는 진행된 HIV 감염인 비율

③ 결과 지표(Outcome indicators): 결과 지표는 인권의 향유를 진전시키는 데에 있어서 국가 노력의 결과를 측정하는데 도움이 된다. 건강권 관련 결과 지표의 예시는 다음과 같다.

(성 건강과 재생산 건강, HIV/AIDS 예시)

- 사산아 제외한 출산아 10 만 명당 모성 사망 수
- 출산아 1000 명당 주산기 사망 수
- 여성 할례를 당한 여성 비율
- 15-24 세의 젊은 HIV 감염인 비율

[출처: Human_rights_indicators_OHCHR_2012.pdf, 2003_A_RtH_indicators.pdf]

* 국가의 건강권에 대한 의무 범주화

(1) 범주화 유형 1 - 즉시이행 의무와 점진적 의무

● 즉시이행 의무

'건강권에 관한 의무 중 특정의무는 개발단계, 심각한 재정적인 제약과는 무관하게 모든 국가가 즉시 이행해야 한다'

● 점진적 의무

-'국가는 그 국가의 '자원이 허락하는 한 최대한'의 '건강권 실현을 달성하기 위한 조치를 점진적'으로 취해야 한다. 이는 각국 정부가 필요한 법적, 정책적 조치 등의 모든 적절한 방법을 써서 그 의무를 점진적으로(전향적이고 지속적으로) 완전하게 이행하기 위해 최선을 다해야 한다는 것을 의미한다.'

(2) 범주화 유형 2 - 존중할 의무, 보호할 의무, 실현할 의무

● 존중할(respect) 의무

-건강권을 존중하는 것은 주로 정부의 입법 및 정책과 관련되어 있으며, 국가는 국민이 향유하는 건강권을 제한하거나 직간접적으로 저해하는 조치를 취하지 말 것을 요구하는데, 그 예로는 신체적인 상해나 불필요한 질병, 예방 가능한 죽음을 초래하는 조치, 사업, 정책 혹은 법률을 도입하는 것을 들 수 있다.

● 보호할(protect) 의무

-건강권을 보호하는 것은 정부가 건강 위험 요인을 최소화하도록 노력할 의무, 그리고 국민의 건강권이 제삼자에 의해 침해당하지 않도록 하는데 필요한 모든 조치를 취할 의무를 말한다. 국가는 민간기관(예를 들어서 다국적 기업, 제약회사, 건강보험회사, 생명의학 연구기관, 의료 제공자, 건강관리기구)이 개인과 지역사회의 권리를 침해하지 않을 것을 보장하는 조치를 취해야 할 책임이 있다.

● 실현할(fulfill) 의무

- 건강권을 실현하는 것은 정부가 관련 서비스를 제공하는 등의 적극적인 조치를 취함으로써 개인과 지역 주민이 건강권을 향유하도록 하는 것을 의미한다. 그러기 위해서는 건강권으로 보장되는 혜택을 제공하고 건강권의 완전한 실현을 보장하기 위한 적절한 법적, 행정적 조치를 취하고, 예산, 사법, 홍보 등의 관련 조치들을 채택하는 등, 필요한 모든 일을 해야 한다.
- 실현할(fulfil) 의무는 다시 촉진할(facilitate), 제공할(provide), 증진할(promote) 의무로 나뉜다. 건강권을 촉진하기 위해서 정부는 개인과 지역주민이 건강권을 향유하는 것을 돕기 위한 적극적인 조치를 취해야 한다. 건강권을 제공하기 위해서 정부는 개인 혹은 집단이자 신의 통제의 범위를 넘어서는 원인에 의해 스스로의 힘으로 건강을 유지할 수 없게 되는 경우에 개입해야 한다. 건강권을 증진하기 위해서 정부는 국민의 건강을 향상시키고 유지하고 회복시키기 위한 조치를 취해야 한다.

***국제인권법상 인정되는 인권목록**

1. 차별금지	21. 견해와 의사표현의 자유	41. 의무교육
2. 생명권	22. 언론의 자유	42. 자유를 박탈당했을 경우 인도적 처우
3. 자유와 인신의 보호	23. 집회의 자유	43. 채무를 근거로 한 구금 금지
4. 노예와 예속 금지	24. 결사의 자유	44. 법에 규정된 경우에만 외국인 추방
5. 고문 금지	25. 통치에의 참여	45. 전쟁책동 및 차별선동 금지
6. 법적 인격 인정	26. 사회보장권	46. 소수문화 보호
7. 법의 평등한 보호	27. 노동할 권리	47. 사적 의무 위배를 근거로 한 구금 금지
8. 법적 구제	28. 강제 노동 금지	48. 공공 서비스 접근권
9. 자의적 체포, 구금, 추방 금지	29. 공정하고 양호한 노동 조건	49. 민주주의
10. 독립적이고 불편부당한 재판	30. 노동조합	50. 문화·학술 활동에의 참여
11. 유죄로 판결날 때까지 무죄추정	31. 휴식, 여가, 유급휴가	51. 지적 소유권 보호
12. 소급입법 금지	32. 적절한 생활수준	52. 권리를 보장할 국제적·사회적 질서
13. 사생활, 가정(home), 통신의 자유	33. 교육	53. 정치적 자기결정권

14. 거주·이전의 자유	34. 문화생활에의 참여	54. 경제적 자기결정권
15. 국적 보유권	35. 자기결정권	55. 여성의 권리
16. 결혼과 가족구성	36. 어린이·청소년의 보호와 지원	56. 사형제도 금지
17. 가족의 보호와 지원	37. 굶주림으로부터의 자유	57. 인종차별정책 금지
18. 자유로운 동의에 의한 결혼	38. 보건·의료 권리	58. 성적 지향 자유
19. 결혼생활 내의 남녀평등	39. 피난처를 구할 권리	59. 양심적 병역거부
20. 사상, 양심, 종교의 자유	40. 소유권	60. 장애인 권리

[출처: 조효제(2007). 『인권의 문법』]

*건강권 근거 조항 내용

(아래는 최소한의 내용만 기술한 것이므로, 개별 규약/법률 안의 더 많은 조항들이 근거가 될 수 있음을 유념해 주세요!)

1. 국제적 근거 조항

▶ 「세계보건기구 헌장」

달성 가능한 최고 수준의 건강을 향유하는 것은 인종, 종교, 정치적 입장, 경제적·사회적 조건에 상관없이 모든 인류의 기본적 권리 중의 하나이다.

▶ 「세계인권선언」 제 25 조

1. 모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리와 실업, 질병, 장애, 배우자 사망, 노령 또는 기타 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍의 경우에 보장을 받을 권리를 가진다.

2. 어머니와 아동은 특별한 보호와 지원을 받을 권리를 가진다. 모든 아동은 적서에 관계없이 동일한 사회적 보호를 누린다.

▶ 「경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제 규약」 제 12 조

1. 이 규약의 당사국은 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 권리를 가지는 것을 인정한다.

2. 이 규약 당사국이 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 취할 조치에는 다음 사항을 위하여 필요한 조치가 포함된다. (a) 사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육 (b) 환경 및 산업위생의 모든 부문의 개선 (c) 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료 및 통제 (d) 질병 발생시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건의 조성

▶ 「시민적·정치적 권리에 관한 국제 규약」

제 6 조 1. 모든 인간은 고유한 생명권을 가진다. 이 권리는 법률에 의하여 보호된다. 어느 누구도 자의적으로 자신의 생명을 박탈당하지 아니한다.

제 7 조 어느 누구도 고문 또는 잔혹하고 비인도적인 또는 굴욕적인 취급 또는 형벌을 받지 아니한다. 특히 누구든지 자신의 자유로운 동의 없이 의학적 또는 과학적 실험을 받지 아니한다.

▶ 「알마아타 선언」

1. 이 회의에서는 단순히 질병이나 허약 상태가 없는 것이 아니라, 완전한 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태인 건강은 기본적인 인권이며 가능한 최고 수준의 건강에 도달하는 것은 가장 중요한 전세계 차원의 사회적 목표이고, 이를 실현하기 위해서는 보건의료 부문과 더불어 다른 많은 사회 경제 부문의 행동이 필요하다는 것을 강력히 재확인한다.

나머지 「아동권리협약」, 「여성차별철폐협약」 등은 내용이 많아 생략함

2. 국내적 근거 조항

▶ 「헌법」 제 36 조

3. 모든 국민이 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.

▶ 「보건의료기본법」 제 10 조(건강권 등)

- ① 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.
- ② 모든 국민은 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.

부록 3. 한국 사회의 건강권 요소

표 1. 1990년-2014년 건강권 논문의 건강 가치와 2013년 일반시민의 건강 가치

범주	건강권 논문에서의 건강 가치*	일반시민의 건강 가치*
건강 그 자체	추구해야 할 보편적 가치	소중함, 지켜야 할 것
공동체	국가공동체 존립과 발전의 기본 요소	사회 유지 공존의 대전제
삶(생활)	<ul style="list-style-type: none"> 삶의 목적(추구 가치), 전제조건, 기본조건, 중요 조건, 총체성 가늠 잣대, 핵심요구 삶의 목적 추구에 필수요소 삶의 질의 필수요소 인간다운 생활의 필수요소(조건) 	삶의 최상의 가치, 필요조건, 지표
생존	생존의 전제	언급 부재
안녕	개인 안녕의 직접적 구성요소	언급 부재
인간 존엄	인간 존엄의 전제, 기본요건	언급 부재
인권	<ul style="list-style-type: none"> 다른 인권 행사에 필수불가결 인권의 핵심요소 기본 인권, 인간답게 살기 위한 기본 권리, 근로권의 전제, 노동자의 권리 	<ul style="list-style-type: none"> 다른 인권 행사에 필수불가결 기본적인 사회적 권리 자선이 아닌 권리
자유	<ul style="list-style-type: none"> 자유 의 전제조건 다른 자유의 행사 위한 기초 생명·신체 자유(기본적 자유)와 직결되는 기본적 가치 	언급 부재
평등	평등의 전제조건	언급 부재
행복	<ul style="list-style-type: none"> 행복의 전제(조건), 기본조건 행복 그 자체 	<ul style="list-style-type: none"> 행복의 기본전제, 기본요소 최고의 행복
기타	<ul style="list-style-type: none"> 상품이 아니고 시혜의 대상도 아님 개인 잠재력의 필수요소 노동과 밀접불가분 관계 기초적 생명보장 문제와 직결 생계와 사회참여의 핵심 요소 사회 구성원의 역할 수행에 필수적 	<ul style="list-style-type: none"> 은혜가 아닌 정의

*칸의 내용을 읽을 때 주어로 “건강은”을 추가하면 이해가 용이함

표 2. 개별 논문에서 보건이나 생명과의 비교 측면의 건강 개념 내용

건강 개념	구체적 내용	건강권과 보건권의 관계
건강=보건 (5개 논문)	<ul style="list-style-type: none"> • 보건은 건강을 유지하며 생활하는 것 • 세계보건기구 개념 정의 • 보건은 건강이 보호되거나 증진되는 것, 건강이 지켜진 상태 • 보건은 건강을 유지하며 생활하는 것 • 문맥상 동일한 것으로 판단함 	<p>▶ 건강권=보건권</p> <p>▶ 건강권으로만 명명</p>
건강≠보건 (3개 논문)	<ul style="list-style-type: none"> • 보건과 의료는 국민의 건강이라는 공통 목표 아래 수렴 • 건강은 인간의 온전한 상태, 보건은 이러한 상태를 유지 및 증진하는 일 • 보건=건강관리(health care) 	<p>▶ 건강권=보건권</p> <p>▶ 건강권≠(=)보건권</p>
보건 개념만 언급 (3개 논문)	<ul style="list-style-type: none"> • 보건은 건강을 지킨다는 것 • 보건은 건강을 지키고 유지하는 일(2개 논문) 	<p>▶ 건강권=보건권</p>
생명≠건강≠보건 (3개 논문)	<ul style="list-style-type: none"> • 보건은 건강을 지킨다는 것, 생명은 살아있다는 것 • 생명은 탄생·성숙·쇠퇴·소멸을 갖는 진화 진행으로 중첩되어 가고 있는 역동적 상태, 건강은 생명의 진화작용이 순조로운 상태, 보건은 생명형식 자체를 돌보는 것 • 생명은 건강에 대해 본질적·근원적·최소한의 개념, 건강은 생명에 대해 구체적·실현된·실질적 개념, 보건은 생명과 건강을 지키고 유지하는 일 	<p>▶ 건강권=보건권</p> <p>▶ 건강권≠보건권</p> <p>▶ 관계 언급 부재(단, 논문에서 건강권 명명이 90%, 보건권 명명이 10%를 차지)</p>
생명≠건강 (3개 논문)	<ul style="list-style-type: none"> • 건강은 생명·신체를 질적으로 양호하게, 양적으로 길게 확보하는 수단 • 생명과 건강은 의미가 다르지만 내용상 연결 • 건강은 생명이 완전하게 기능하는 조건 	<p>▶ 건강권=보건권</p> <p>▶ 건강권≠(=)보건권</p> <p>▶ 건강권으로만 명명</p>

표 3. 개별 논문에서 고정되지 않은 건강 개념의 내용

단일하지 않은 건강 개념
<p>[개념 파악 방식 다양] 건강개념 파악 방식이 단일의 통일적 방법 정립된 것 아님</p> <p>[상이한 정의] 여성건강은 학문분과나 연구목적, 특히 각종 정책범주와 대상기준 설정에 이르기까지 큰 격차 보이며 상이하게 정의됨</p> <p>[소극·적극] 가장 소극적인 의미(질병이 없는 상태)와 적극적인 건강상태의 개념(세계보건기구 규정인 건강을 육체적·정신적·사회적으로 건강한 상태) 존재함, 보건(건강) 개념을 적극적이고 광범위하게 정의하는 사회일수록 국민 건강 위해 다양한 형태의 제도 개발과 자원 할당 가능</p> <p>[협의·광의] 건강을 협의로 혹은 광의로 어떻게 규정하는가에 따라 정부가 제공하는 서비스의 범위가 달라짐, 건강을 기능적으로 정의하면 정부가 의료서비스 최소한으로 제공하게 되고 건강을 포괄적으로 규정하면 다른 기본권과 많은 부분 중복됨</p>
확대되는 건강 개념
<p>[확대] 건강의 개념도 확대되어 그 개념이 치료의학, 예방의학, 재활의학, 건강증진과학 등 다분야에 걸쳐 분화되었고 그 대상도 조직, 장기, 계통, 개체로 확대되었으며 그 범위도 개인생활, 가정, 지역사회, 인구집단으로 넓게 취급되어 왔음</p> <p>[새 의미부여] 건강에 대한 권리 의식들은 앞으로도 계속해서 건강에 대한 새로운 의미부여를 해야 함</p>
변화하는 건강 개념
<p>[변화] 건강개념 변해감</p> <p>[사회적 구성물 & 변화] 건강은 정치경제적 맥락에 의한 사회적 구성물임, 건강 개념은 규범적 정의(건강은 무엇인가)에서 정치적 명제(누가 건강을 말하는가)로, 최소주의 관점(질병이 없는, 쇠약하지 않은 상태)에서 최대주의 관점(보다 완전한 신체적·정신적 건강과 안녕)으로, 개인의 신체적 안녕에서 사회적 안녕으로, 견고한 개념(의료기술과 제도 통한 복지정책의 대상)에서 유연한 요구·대상(취향, 환경, 감성, 정신 건강)으로 변화함</p> <p>[시대·환경에 따라 다름] 건강에 대한 사람들의 생각은 시대와 환경에 따라 달라져 왔음</p> <p>[지역·시대에 따라 다름] 건강개념은 시간·공간적 요소와 교육, 문화, 경제, 사회 등 많은 내외적 요인의 영향을 받아 지역과 시대에 따라 각기 시각을 달리하여 왔음</p>

표 4. 2개 논문에서 언급된 기타 건강 개념의 구체적 내용

기타 건강 개념	구체적 내용
건강·불건강 연속	<ul style="list-style-type: none"> • 현대 건강관리의 기초가 되는 건강 정의는 건강과 불건강의 연속선 개념 • 건강과 질병은 별개의 개념이 아니라 연속선이고 인간의 건강상태는 이 연속선상에 놓여 있어 항상 유동적임
결과	<ul style="list-style-type: none"> • 건강은 손상이 기능을 저해하는 영향을 최소화하는 것 또는 그 결과 • 건강 상태는 다양한 사회 환경이 미치는 영향과 개인의 개별적 건강 행동들의 누적된 결과물
귀납적 도출	<ul style="list-style-type: none"> • 건강에 대한 규범적 정의는 건강권 내용에 해당하는 구체적인 권리를 찾아내어 구체화하는 작업으로 전환 필요 • 건강권과 관련하여 건강이 무엇인지는 헌법상 건강권에서 구체적으로 추출될 수 있는 여러 가지 권리를 찾아서 검토·종합하여 건강은 어떠한 모습으로 헌법 안에서 존재·보호·추구되고 있는지 봐야 함
모형	<ul style="list-style-type: none"> • 건강과 건강 관련 상태는 신체 기능의 온전한 수행부터 고용과 교육 같은 사회 참여, 여가, 정치에의 관여와 인권 실현을 모두 포괄 • 추구해야 할 건강은 해부구조와 생리기능의 정상, 최상의 신체적·정서적·정신적·영적·사회적 안녕상태 유지, 이를 위한 자가 건강관리 기능의 발휘
사회적 맥락	<ul style="list-style-type: none"> • 건강 개념 정의는 간단하지 않기 때문에 건강을 단순히 생물학적 측면에서 바라보는 것은 한계가 있고 사회경제적·문화적 맥락에서 바라보아야 제대로 이해 가능 • 건강의 현대적 의미는 개인과 인구집단의 안녕이라는 사회적 맥락 속에 자리함
생활 영위	<ul style="list-style-type: none"> • 건강은 질병이 없는 상태를 넘어 한 사회의 구성원으로서 생활을 영위하기에 불편함이 없는 상태를 의미 • 여성의 건강 또는 불건강 상태는 단순히 신체적으로 질병이 있고 없는 상태를 넘어서 여성이 한 사회의 구성원으로 생활을 영위하기에 불편함이 없는 상태를 의미
세계노동기구의 건강	<ul style="list-style-type: none"> • 직업상의 안전·건강·노동환경에 관한 협약에서는 건강을 노동과 관련하여 단지 질병이나 허약함이 없는 상태뿐만 아니라 노동 상의 안전·보건에 직접 관련되어 건강에 영향을 미치는 신체적·정신적 요소까지 포함

표 5. 1개 논문에서 언급된 기타 건강 개념의 구체적 내용

기타 건강 개념	구체적 내용
일반적인 건강	
대처 능력	건강이란 주위 환경에 계속적으로 잘 대처해 나갈 수 있는 신체적·감정적·정신적·사회적 능력의 정도를 의미
생체 기능	유전적으로나 환경적으로 주어진 조건 아래에서 적절한 생체기능을 나타내고 있는 상태(1957년 세계보건기구 전문분과위원회)
제도·사회적 문제	건강은 개인의 문제가 아닌 제도의 문제, 사회의 문제임
질병·재해로부터 자유	건강하다는 것은 질병이나 재해로부터 자유롭다는 것
질적 삶	건강 및 보건은 단순히 질환이 없음을 의미하는 것이 아니라 질적 삶을 의미
특수한 건강	
생애주기	[결혼이주여성의 건강] 좁은 의미에서의 모자보건에 치중하는 한계가 있기 때문에 결혼이주여성의 생애주기 전반을 고려하는 접근과 지원으로 확대 필요
이해 능력	[성적 건강] 단지 질병이나 역기능이 없는 것을 의미하는 것이 아니라 성적 행동에 대한 위험, 책임, 결과, 영향에 대해 비중을 두고 이해하는 능력을 포함
안녕 상태와 인격체	[정신건강] 안녕 상태와 성숙한 인격체를 갖추고 있는 상태
안전	[중세 유럽의 건강] 독자적 가치 개념으로서의 지위를 가지고 있는 것이 아니라 안전이라고 하는 보다 포괄적인 국가목적에 포함되어 있었음

표 6. 건강권 보유자 자격을 국민으로 한정한 주장과 그 근거

건강권 보유자	자격의 근거
<ul style="list-style-type: none"> • 국민(다만, 내국자연인) • 모든 국민 	근거 부재(2)
국적 미취득자나 영주권자 제외한 국민	보건의료기본법 제10조
외국인 제외한 국민(2)	<ul style="list-style-type: none"> • [사회적 기본권으로서 건강권] 국가 등의 재정적 부담, 헌법재판소 해석 • [사회적 기본권으로서 건강권] 국가 등의 재정적 부담
*괄호 안 숫자는 해당 내용이 2개 이상의 논문에서 언급된 경우 언급된 논문 수를 나타냄	

표 7. 건강권 보유자 자격을 국민을 넘어 인정한 주장과 그 근거

건강권 보유자	자격의 근거
국내(자국 영토 내) 거주 모든 사람	<ul style="list-style-type: none"> • 헌법 제36조 제3항의 법적 성격 • 최근 국제규약의 입법 동향
국적여부 상관없이 일반적 여성	여성차별철폐협약
내외국인(5) 모든 인간	세계보건기구 헌장, 세계인권선언, 사회권규약 <ul style="list-style-type: none"> • 국제법(3) • 세계보건기구 헌장, 세계인권선언 제25조, 사회권규약 제12조, 인종차별철폐협약 제5조 • [자유권적 측면 건강권] 인간으로서의 지위
이주 아동(2)	<ul style="list-style-type: none"> • 헌법, 국제인권규범 • 아동권리협약
여성이주자	아동권리협약
외국인(3)	<ul style="list-style-type: none"> • 당위성, 헌법 제36조 제3항의 법적 성격 • 헌법재판소 해석, 세계인권선언 제1조, 제3조, 제25조 1항 • 헌법 해석
외국인 노동자(8)	<ul style="list-style-type: none"> • 건강권은 헌법상 기본권이자 인권 • 당위성 다 공감 • 헌법 해석, 세계보건기구 헌장, 세계인권선언 제25조, 사회권규약 제12조, 인종차별철폐협약 제5조 • 세계인권선언 제1조, 제3조, 제25조 1항, • 헌법 해석 • 건강권 관련 문제 해결의 주체로서 책임을 다함 • 건강권은 인류의 기본권, 건강 문제 해결의 주체로서 책임을 다함 • 근거 부재
외국인과 외국인 HIV/AIDS 신분자	[제한적 자격 인정] 인간생존에 필요한 보호, 사회권규약 제12조

*괄호 안 숫자는 해당 내용이 2개 이상의 논문에서 언급된 경우 언급된 논문 수를 나타냄

표 8. 수용자의 건강권 보유자 자격을 강조한 주장과 그 근거

건강권 보유자	자격의 근거
수용자(5)	<ul style="list-style-type: none"> 수용자는 기본권(건강권)의 주체 국제법, 수용자는 기본권(건강권)의 주체(2) 헌법, 국제법, 수용자는 기본권(건강권)의 주체 수용자의 법적 지위에 대한 인식 변화: 형벌의 객체에서 권리의 주체이자 형집행 후 함께 생활해야 할 인격체

*괄호 안 숫자는 해당 내용이 2개 이상의 논문에서 언급된 경우 언급된 논문 수를 나타냄

표 9. 취약계층의 건강권 보유자 자격을 강조한 주장과 그 근거

건강권 보유자	자격의 근거
군인	당위성
남북한 주민	인간 존엄성
노동자	<ul style="list-style-type: none"> 국민(헌법상 기본권 향유)이기 때문
비정규노동자	<ul style="list-style-type: none"> 근거 부재
발달장애인	<ul style="list-style-type: none"> 사회구성원이기 때문
정신장애인	<ul style="list-style-type: none"> 사회권규약 제12조 2항
지적장애인	<ul style="list-style-type: none"> 국민(기본적 인권인 건강권 보장 필요)이기 때문
식품소비자(2)	<ul style="list-style-type: none"> 식품 문제는 건강권 보호와 직결 국민(헌법상 기본권의 주체)이기 때문
청소년	건강 보장의 실효성
환자(2)	<ul style="list-style-type: none"> 사회적 존재(헌법상 건강권 보유)이기 때문 건강권 개념 변화: 자율성, 건강의 주체 측면 중요시
여성(2)	<ul style="list-style-type: none"> [여성 건강권] 임신과 출산의 주체, 사회적·문화적으로 출산 관련 모든 활동의 중심 위치에 존재 [생식건강권] 임신과 출산의 주체
남성	[생식건강권] 임신·출산 과정을 함께 겪고 양육 등의 책임을 공유

*괄호 안 숫자는 해당 내용이 2개 이상의 논문에서 언급된 경우 언급된 논문 수를 나타냄

표 10. 건강권 보유자의 임파워먼트에 대한 규정의 구체적 내용

건강권 보유자	임파워먼트에 대한 규정
건강권 수혜당사자	건강권은 공적 영역에 정당한 권리 주장 가능한 근거를 마련해 주고 건강 관련 의사결정에 참여할 수 있게 하며 인권에 기반을 둔 합법적 요구를 가능하게 함
건강권 주체	일반적으로 권리는 의무를 요구하고 의무는 책무성(accountability)*를 요구함, 책무성은 건강권의 주체들에게 의무를 진 사람들이 어떻게 그 의무를 수행했는지 이해할 기회를 제공함
국민	<p>국법상 국민이 권리의무의 주체라는 관점에서 건강권은 수익권에 속하고 수익권은 국가에 대한 특정한 행위 요구나 국가의 보호 등 적극적으로 국가로부터 일정한 이익을 받는 것으로 내용하는 권리임, 건강권은 건강을 주장하는 권리임</p> <p>국민 건강권 보장이란 목표를 위해 건강증진법은 국민의 건강관리 능력을 높이고 개선하도록 접근, 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건 조성 위해 지원</p> <p>국민은 자기 결정권이 있으므로 국민 스스로가 경제성과 접근성을 고려한 최선의 의료행위를 선택할 권리 있음</p>
근로자	근로자의 건강권은 대국가적 효력을 가짐, 근로자가 국가에 대해 근로자의 생존을 위한 적극적인 건강유지, 건강회복, 의료보장 등에 관한 보호조치를 구체적으로 입법 요구할 수 있음
여성	<p>여성 건강권은 보건의료의 성인지성 증가 단계로부터 가부장제적 사회에서 여성에 대해 갖가지 차별, 억압, 폭력을 극복하고 여성들이 세력을 강화시키는 임파워먼트 단계로 발전해가는 가운데 완결됨</p> <p>[흡연 관련] 여성이 자신의 몸의 메시지와 지구 생태계의 메시지에 귀 기울이면서 담배를 끊으려 하는 것은 가부장제로부터 온 중독에 대해 주체적으로 성찰하고 스스로 치유하며 그것에서 벗어나는 행위이며 남성 흡연으로 인한 피해를 드러내고 억제하는 적극적 행위가 될 수 있음</p>

*해당 논문에서 저자는 accountability를 ‘책임’으로 번역하였지만 여기서는 용어의 일관성을 위해 ‘책무성’이라고 고쳐서 사용함

표 11. 건강권 보유자의 임파워먼트 실태에 대한 내용과 논문 발행연도

건강권 보유자	임파워먼트 실태
국민	
국민(9)	건강권에 대한 관심(1991), 의식(1992, 2008), 중요성 인식(2008) 신념(1992), 보장 요구(2012), 주장(1991, 1992), 건강관리·의료 참가 요구(1992), 건강권 개념 등장에 따른 권리 의식 향상으로 의료분쟁·소송(1993) 증가 [부정적 실태] 건강권 개념에 대한 의식 높지 않음(2013)
국민과 환자	[부정적 실태] 의료분쟁에서 건강권 의식 회박(1994)
노동자	
노동자(2)	직접 환경·위험 조사, 사회적 공론화, 방안 마련(2004, 2013)
성노동자	건강권 쟁취 등을 위한 투쟁, 소통, 연대(2007)
비정규·장애인 노동자	건강권 투쟁(실태조사, 공대위, 산재신청, 요구안 제출, 노동강도 강화 저지 등), 사무직노동자 건강권 투쟁으로 확대(2003)
조직·미조직 노동자	노동자건강권운동의 동력을 조직노동자뿐만 아니라 미조직노동자(영세비정규·여성·이주 노동자 등)로 설정(2004)
청소용역 노동자	[부정적 실태] 건강권에 대한 인식 부족, 건강권에 대한 주장을 할 여유가 없음(2012)
여성	
여성(2)	국제적으로 재생산 영역의 능동적 행위자 또는 의사결정자 될 권리와 여성 건강 위한 사회적 제도·조직의 변화 주장(2013) [부정적 실태] 우리사회에서 피임과 낙태에 대해 여성이 주체이기보다 국가, 가부장적 이데올로기에 의해 통제되어옴(2014)
개발도상국 여성	OECD DAC 및 주요 공여국이 건강권 요소 도입해 개발도상국 여성의 주체적인 보건의료서비스 향유 어려움 개선(2012)
난임여성	생식기술 이용에 의한 건강권 침해·위험 사실 인식(2010)
여성노동자	의자 놓기 캠페인 통해 스스로 건강권 회복에 대해 말함(2008)
장애여성	장애여성의 건강권을 얘기하면 주체성이란 주제에 직면(2013)
ICOOP생협·주부 카페 등 단체, 여성	한미 쇠고기 협상 이후 집회에 적극 참여, 목소리 내고, 저항(2008)

*괄호 안 숫자는 해당 내용이 2개 이상의 논문에서 언급된 경우 언급된 논문 수를 나타냄

(계속)

건강권 보유자	임파워먼트 실태
주민	
주민	스스로 건강 관리하는 잠재능력 지님(1999)
성남 구도심 주민	건강권 누리지 못한다는 불만 고조, 조례운동 참여(2011)
지역주민, 빈민층	이들과 함께 건강할 권리를 찾아나가는 목표 설정(2001)
지역주민, 노동자, 환자 등	촛불 이전에도 건강권 투쟁 전개(2008)
쪽방 주민	건강권 실태조사 요청함(2012)
환자	
치료와 간호 대상자와 가족	치료와 간호에 대해 더욱 많은 질문과 이해 위한 답변 요구(1992)
환자(3)	환자 스스로 자율성 가지며 자신을 건강 주체로 여기는 건강권 개념으로 변화(2007) 스스로 환자권리선언 작성한 경우 존재(2007) [부정적 실태] 보건의료서비스 과정에서의 권리 충분히 인지 못함(2007)
조영검사 피검자	건강권에 대한 권리 의식이 점차 강조되고 있는 현실(2007)
태국 에이즈감염인	감염인 자력화, 영향력 있는 사회집단화, 치료제 관련 권력 관계 재조정, 국가·제약회사 활동에 개입 가능 여지 마련(2008)
한국 유방암 자조집단	전체 여성 건강 증진과 건강권 실현 위해 시민사회, 의료산업, 정부를 상대로 문제 해결(2011)
만성 골수병 백혈병 환자와 가족	글리벡 관련 적극적 요구, 민원제기, 가격인하와 강제실시 요구 등의 투쟁 전개했으나 결국 실패(2012)
기타	
건강권 당사자	자신의 질환, 의약품 부족, 미충족 의료를 강조(2014)
네티즌	한미 쇠고기 협상 후 집합행동, 정부입장 변화, 추가협상(2009)
민중	2008년 촛불 항쟁 내내 자신의 건강권 충분히 행사(2008)
사람들	최고수준의 건강상태 유지 위한 적극적 권리 인식, 건강정보 요구 증가(2003)

*괄호 안 숫자는 해당 내용이 2개 이상의 논문에서 언급된 경우 언급된 논문 수를 나타냄

(계속)

건강권 보유자		임파워먼트 실태
기타 (계속)		
소비자		건강권 운동 전개(2003)
수용자		건강권을 인간답게 살 수 있는 하나의 권리로 인식, 양질의 의료서비스 요구 급증(2009)
시민		시민의 힘으로 건강보험 개혁 달성(2004)
외국의 국민		일정 약물에 관한 용이한 정보 접근으로 인해 지식 강화 되어 외국 국민 스스로 건강권 보호 가능한 기반 마련(2011)
의료급여수급권자		개악된 의료급여제도에 대해 위헌 소송 제기(2007)
인천지역 60여개 집단		수돗물 불소화 사업 실시해 건강권 쟁취하는 공통 목표로 결함(1999)
일본		[부정적 실태] 일본은 시민 개혁 없이 의료 근대화 달성하여 현재 ‘차별의료 체계’에 대해 자기주장하기가 곤란(1994)
중고생, 주부 등		미국산 쇠고기 수입에 대항해 건강권 주장, 중고생부터 저항 시작, 주부에게 전파, 참여자 확대, 지방으로 확대(2008)
청소녀		민우회의 청소녀 건강권 위한 체육활동은 청소녀들이 활동 주체로 참여, 여성주의 이슈에 대한 인식 계기(2007)

표 12. 건강권 보유자의 임파워먼트에 관한 주장의 내용

건강권 보유자	임파워먼트 관련 주장
국민	
국민(6)	<p>보건의식 수준 높여 스스로 건강관리할 능력 배양 필요</p> <p>자신의 권리 찾기 위한 범국민적 노력, 인식과 관심 제고, 해당 분야 제 사회단체가 문제 파악·해결 능력 구비 필요</p> <p>정부가 결코 국민 건강을 건사해주지 않을 것 같으니 우리 스스로 싸워야 함</p> <p>국민의 보건의료제도 개선 촉구 능력 개발 필요(2)</p> <p>국가 입법이 있어야만 개개인이 국가를 상대로 보건에 관한 국가 배려를 구체적·현실적 권리로써 주장 가능</p>
노동자	
노동자(5)	<p>노동자는 지역주민이자 생산자로서 소비자와 연대 필요</p> <p>노동자 건강권의 실제적인 권리 주체로 나서야 함</p> <p>자신의 권리 인식을 법이나 기성 질서 내로 가두지 않고 일상에서 노동자 건강권을 풍부하게 만들어가는 주체가 다수가 될 필요 존재, 일상에서 노동 통제권 회복과 모색 필요</p> <p>건강권 실현 위한 근로자의 주체적 노력과 이를 침해하지 않는 국가와 사업주의 조치 필요, 국가와 사업주에 대해 건강권 보장 위해 취해야 할 조치 요구 가능</p> <p>스스로 주체가 되어 건강권 확보해야 함, 사업주에 대해 건강권 주장해야 함, 건강에 대한 권리 의식 확보 필요</p>
노인근로자	노인근로자 스스로 주체적으로 자신의 건강관리를 예방적으로 가능하도록 조기 지원 필요
민중	
민중(2)	<p>정치적 의지와 힘으로 조절 가능한 건강결정요인에 대한 상시적인 건강권 발동해야 함, 촛불항쟁의 경험을 발전시키고 투쟁하여 건강할 수 있는 권리의 실질적 향유 필요</p> <p>보건주권의 민중네트워크 건설 필요, 안전·검역·환경 등의 영역에서 인권 방어 위한 주권 행사 필요</p>
소비자	
소비자	최근 비용 부담에 상응하는 소비자 권리를 주장하는 목소리가 높아지고 있지만 이는 비용의 대가로 소비자 권리를 인식한다는 점에서 사회적 기본권으로서의 건강권과 한참 거리가 있음
의료소비자	최근 국민건강권과 관련하여 새로운 개념으로 등장한 것이 의료소비자 역량강화로, 의료소비자가 권리를 되찾기 위해서 소비자의 의사결정 역량 강화 필요

(계속)

건강권 보유자	임파워먼트에 관한 주장
여성	
여성(3)	<p>여성의 경험·현실을 이해하고 여성 목소리가 기본 되어야 함</p> <p>생명과학기술 관련 대안은 여성 경험·목소리에 기반 해야 함</p> <p>건강관리는 여성의 건강 욕구·신념·가치·경험 중시, 여성 스스로 자기 건강관리에 대해 결정·참여할 수 있게 해야 함</p>
여성 가장	스스로 역량 강화 도모 가능한 여성가장 조직 가능 체계 필요
여성노동자(2)	<p>직장 내 성희롱의 산업재해 보상을 집단적으로 요구하는 여성 노동자 건강권을 위한 운동 차원의 접근 필요</p> <p>여성노동자의 건강불평등 문제를 당사자가 직접 사회에 던지고 말할 수 있는 주체와 이슈의 조직화 필요</p>
한부모 여성 가장	건강한 삶을 위해 그들의 주체적 역량 지원 필요
이주민	
북한이주민(북한 이주여성 포함)	<p>정착과정에서 주체적인 건강권 영위가 중요, 이를 위한 정착 지원 필요, 건강권을 스스로 주장 가능한 권리의식 필요, 정치적 주체가 아닌 북한이주여성이 건강권 포함 인권 제기 필요</p>
이주자	건강증진을 위한 건강환경 조성 과 역량 강화 필요
외국인노동자(2)	스스로 건강(권) 관련 문제해결의 주체가 되어 책임을 다하고 권리도 누려야 함(2)
주민	
주민(3)	<p>지방자치조례를 통해 보건권은 주민이 그 권리를 주장할 수 있는 공권이 되도록 해야 함</p> <p>주민 스스로 건강관리 하는 생활 주체가 되는 건강권 운동, 지역사회 운동 필요, 주민이 건강 주체가 될 수 있게 조그만 권리 찾기부터 나서도록 지원 필요</p> <p>의료 공공성도 주민의 주체 역할 가능한 방향으로 확대 필요</p>
지역주민(2)	<p>자기건강관리 능력 향상 통해 스스로 건강권 확보 필요</p> <p>건강증진 위해 지역주민의 주체적 참여와 임파워먼트는 필수</p>
쪽방주민	스스로 건강 주체가 되어 개인적·구조적 임파워먼트 향유하는 것이 건강에 중요, 주민운동 활성화, 타 단체와 연대 필요

(계속)

건강권 보유자	임파워먼트에 관한 주장
특정하지 않음	
우리(2)	건강하게 살 권리가 제한되는 노동인 반사회적 노동(장시간노동, 심야노동)에 처해 있는 모든 노동자들의 노동조건을 개선시키기 위한 투쟁에 우리는 나서야 함 우리의 생존을 위한 유일한 활로인 탈핵을 위해 부단히 투쟁해야 함
특정하지 않음(2)	건강권 실현을 위한 운동 주체, 운동 대상, 운동 방식에 대한 고민이 필요
기타	
건강 주체	건강 도모 조직에는 전문가뿐만 아니라 건강 주체가 중요, 건강 주체 스스로 모임 주도하고 성과 공유 활동 필요
건강권 권리 주체	건강권 보장수준은 국가 주도 프로그램의 확대뿐 아니라 권리 주체들의 권리 보장 과정을 통해 성취 가능
소수자	자신의 건강권을 보장받기 위한 활동을 할 수 있는 방안 모색
시민	2008년 광우병 사태의 경우 인간광우병 위험성에 대한 다중 공포가 과학적 사실에 위배되므로 정부가 국민건강권 팔아 먹었다는 시민들의 분노도 합리적인 것이 아니었음
학생	미국산 쇠고기 수입위생조건 관련 촛불집회에 학생들이 기본권 주체로서 권리를 행사함으로써 기본권 주체로서 성숙도를 높여나가고 그것을 자신의 건강한 삶의 영위에 연결 가능
환자	운동 주체 형성 필요, 환자의 주체적 참여 중요, 의료소비자 운동은 건강 문제에서 환자 주체성 보장하는 대표적 흐름임
활동가, 건강한 일반 인구집단	권리 침해 경험을 말하고 함께 목소리 낸다면 건강권 발전 가능

*괄호 안 숫자는 해당 내용이 2개 이상의 논문에서 언급된 경우 언급된 논문 수를 나타냄

표 13. ‘국가 외’ 건강권 의무담지자의 구체적 내용

‘국가 외’ 의무담지자	관련 언급 내용
보건의료계(또 다른 건강권 의무담지자로서 ‘국가’ 언급 존재) - 7개 논문	
간호사	환자의 건강권 보호, 평등한 간호제공
의료인(특히, 간호사)	의료는 건강권 유지의 수단으로서 국민권리실현의 방법이고 권리추구 위한 공동적 의무 수행임
보건의료인(2)	양질의 적절한 보건의료서비스 제공, 정당한 이유 없이 보건의료서비스 제공 요구 거부 못함
	건강권 보장 의무
보건의료인(방사선사 포함)	국민 건강권에 대한 의무
응급의료종사자	환자의 생명과 건강에 대한 법적 책임
미국 건강보장체계에서 민간 부문	미국(건강보장체계는 민간부문 주도, 공공부문 보완 구조)이 민간에게 국민 건강권을 맡기게 된 뿌리는 개인주의를 바탕으로 한 청교도주의임
보건의료계(또 다른 건강권 의무담지자로서 ‘국가’ 언급 부재) - 4개 논문	
의사	진료의무, 설명의무, 비밀준수의무, 진료기록의무
의사 포함 보건의료인	국민 건강권 보장, 환자에 대한 금언 건강지도의무
의사와 약사	국민 건강권 보장
의료기관	국민 건강권에 대한 책임의식 제고
기업(또 다른 건강권 의무담지자로서 ‘국가’ 언급 존재) - 8개 논문	
사업주(4)	근로자 건강권 침해하지 않고 적극적 노력
	근로자 건강 보호
	근로자 건강, 안전 보호 의무
	사업장 근로자 건강관리 담당, 예방조치 의무
사용자(2)	직장 내에서 근로자의 정신적·신체적 침해행위에 대한 보호 의무
	근로자의 근로능력 유지 위한 건강권 보장 의무, 여성근로자의 건강권 보장
기업, 식품접객업자	생명권과 건강권 보호, 유전자변형식품 표시 의무

(계속)

‘국가 외’ 의무담지자	관련 언급 내용
기업(또 다른 건강권 의무담지자로서 ‘국가’ 언급 부재) - 5개 논문	
고용주	작업장에서 청소년노동자 건강권 위해 산재보험이나 치료비 지급 등 최소한의 책임과 보상 필요
사업주	제화업 노동자 건강권 위해 사업주에게 의무를 지우는 규제방식 필요
사용자	정신적 괴롭힘 관련 위험 예방 의무와 결과적 안전의무
산업차원	건설업노동자 건강권에 대한 관심과 해결 필요
원청	비정규노동자 건강권에 대한 책임
사회(또 다른 건강권 의무담지자로서 ‘국가’ 언급 존재) - 9개 논문	
사회(3)	건강권 보장 의무(1), 보장 책임(2)
특정 사회	개개인의 신체, 정서, 사회적 안녕 상태에 대한 권리 보장
시민사회	이주민에게 실질적 보탬 되는 지원방식 채택
사회의 모든 행위자(3)	개인, 지역공동체, 정부 간 기구, 비정부기구, 보건전문가, 민간기업 등 건강권 실현
모든 개인과 사회의 각 기관	인권의 의무담지자
기타(또 다른 건강권 의무담지자로서 ‘국가’ 언급 존재) - 6개 논문	
개인	사회권규약 위반 개인은 일반적 국제법정이 부재하므로 자국 국내법정에서 민사책임 추궁 필요
국민	보건에 관한 권리 주체(국민)는 국가의 국민 보건 위한 시책에 협조, 국가의 조치 감수할 의무 지님
사회, 의료기관	생식세포 기증자의 기증 관련 부작용과 후유증 해결, 사후관리
이주노동자	스스로 건강권 지키기 위한 책임 다해야 함, 자신의 건강을 지키기 위해 그에 따른 의무 이행 필요
채류국, 국제사회, 보편적 인간(2)	출신국이 보호 의무를 다하기 어려운 상황에서 이주노동자 건강권의 보호 의무
기타(또 다른 건강권 의무담지자로서 ‘국가’ 언급 부재) - 1개 논문	

표 14. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 국가의 즉각적·점진적 의무 내용

논문 수	즉각적 의무 내용	점진적 의무 내용
2	즉각적 의무	점진적 의무
1	국가 공공보건전략과 행동계획 제정 등	점진적 의무
1	핵심 의무(의료기관 이용, 최소한의 식량·주거 등), 차별금지과 평등대우, 국가 공공보건전략과 행동계획 제정 등	점진적 의무
1	존중·보호 의무(남녀평등, 아동보호), 최소 핵심 의무(최저 건강 보호 등)	실현·증진 의무(의료서비스와 예방의료에 대한 권리 실현 위해 행동계획 수립, 가용자원 범위 내 점진적 노력)
1	차별철폐	역행 조치 금지, 가장 효과적인 조치 택할 의무
1	국가 공공보건전략과 행동계획 제정 등	부재
1	존중·보호 의무, 최소 핵심 의무	부재
2	부재	점진적 의무
1	부재	남아프리카공화국의 모자간 HIV 감염 퇴치 위한 임산부와 신생아의 보건서비스 접근권 보장하는 프로그램 고안·이행

표 15. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 국가의 존중·보호· 실현 의무 내용

존중 의무 내용	보호 의무 내용	실현 의무 내용
국가가 개인 권리와 자유를 직접적으로 침해하는 행위 금지	국가는 제3자가 개인 권리와 자유 침해 못하도록 입법 혹은 다른 방식의 조치 채택	국가는 권리와 자유의 효과적 실현에 목표를 둔 조건들을 적극적으로 창출
정부는 건강권 침해하지 않도록 관리	정부는 제3자의 건강권 침해 막기 위한 예방 활동 실천	정부는 관련 자원 제공과 지원뿐만 아니라 적극적인 권리 실현을 촉진
보건권 향유를 직간접적으로 막아서는 안 될 의무, 위험평가에 국민여론 충분히 반영하지 않은 미국쇠고기수입협정은 존중 의무 위반	제3자로부터 침해 방지 조치 취할 의무, 개인·기업의 건강 위해 행위로부터 소비자·근로자 보호 못하는 정책, 각종 산업의 환경오염 방지 못하는 정책은 보호 의무 위반	적절한 입법·행정·예산·사법 등 조치 채택 의무, 사회적 취약계층 보건권 향유 못하게 되는 정책, 의료제도 사유화 정책은 실현 의무 위반
국가의 직간접적인 건강권 향유 방해 금지, 예로, 지구 대기나 환경조건에 해로운 활동 제한	제3자의 사회권규약 12조 방해 못하게 조치, 예로, 자국 관할권 내 회사의 배출한계와 감축약속 손상 않게 조치	입법, 행정, 예산, 사법적 구제수단, 홍보 등 조치 채택, 촉진·제공·증진 의무 포함, 예로, 최빈국 사람의 보건시설·물품·서비스 접근 용이하게 함
보건의료정책 개발 원칙에 존중 의무 포함	보건의료정책 개발 원칙에 보호 의무 포함	보건의료정책 개발 원칙에 실현 의무 포함
[전염병] 치료 강제 불법적 공기·물·토양 오염 금지, 핵·생물·화학 무기 실험에 의한 건강위해물질 방출 금지	[전염병] 제3자 제공의 보건의료에 대한 평등한 접근 보장 법률 채택, 건강 부문 민영화로 인한 보건시설·물품·서비스의 AAAQ 위협 금지	[전염병] 전염병 발생시 긴급 의료시스템 구축, 긴급 상황시 재난 구호와 인도적 지원 제공 등
[국제개발협력] 당사국은 다른 국가에서 건강권 향유 존중	[국제개발협력] 당사국은 제3자가 다른 국가의 건강권 침해하지 못하게 방지	[국제개발협력] 당사국은 자원 가용성에 따라 다른 국가 내에서 필수적 보건시설·장비·서비스 접근 촉진, 가능하면 요구받은 지원 제공

(계속)

존중 의무 내용	보호 의무 내용	실현 의무 내용
[북한 건강권] 존중해야 할 의무	[북한 건강권] 보호해야 할 의무	[북한 건강권] 실현해야 할 의무
[북한 건강권] 당사국이 소극적으로 개인 권리를 침해하지 않을 의무	[북한 건강권] 당사국이 개인 권리를 제3자로부터 보호할 의무	[북한 건강권] 적극적으로 관련 권리를 실현할 의무, 촉진·제공·증진 의무로 구분, 북한 주민 건강권 위해 모든 국민에게 완전한 무상치료 혜택 제공
부재	건강을 증진할 정책의 수립과 이행에 관한 의무를 포함	건강권의 완전한 실현 위해 적절한 입법, 행정, 예산, 사법, 홍보 및 기타 조치 채택
[근로자 건강권] 국가의 입법·행정상 조치로 인한 근로자 건강권 제한·침해 금지	[근로자 건강권] 국가의 입법·행정상 조치 통해 대사인간, 특히 사업주와의 관계에서 근로자 건강권 확보	[근로자 건강권] 국가의 입법·행정상 조치를 통해 근로자 건강권 보장
부재	국민 건강침해에 대해 국가의 적극적 방어 의무	개개인의 건강한 생활 가능하도록 모든 국가 행정력 동원해 보호·증진할 의무
부재	개개인의 신체적·정신적·사회적 안녕 상태 위해 장애 요소 예방·제거할 법적 의무	개개인의 신체적·정신적·사회적 안녕 상태를 위해 사회적 제도, 문화, 법률 마련할 법적 의무

표 16. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 국가의 핵심의무 내용

-
- 최저 건강 보호 등(참고로 사회권에 대한 국가 의무의 4중 구조인 존중·보호·충족·증진 의무도 함께 언급)
 - 일반논평 14호의 핵심의무(참고로 소극적·적극적 의무도 함께 언급)
 - 차별금지 의무, 일반논평 14호의 핵심의무
 - 차별금지 의무, 최저생활 보장 등
 - 보건시설·재화·서비스에 대한 비차별적 접근
 - 의료기관 이용, 최소한의 식량과 주거 등
 - 전염병 관리에 관한 국가의 핵심의무로서 사회권규약 제12조 2항의 4가지 조치
 - 빈곤층 건강권 증진 가능한 효과적 프로그램 수립, 건강관련 서비스·시설에 대한 비차별적 접근과 형평적 배분, 건강권 실현의무 책임지는 효과적이며 투명하고 접근성 있는 독립 장치 설립
 - 핵심의무는 원조 수혜국에게 긴급한 보건의료, 건강상태 개선 위한 의료 서비스 및 영양, 인구정책, 국가보건계획 및 정책 지원 등이 포함(참고로 최고수준의 건강에 대한 권리에 기반을 둔 식수, 위생, 인권지원 등이 포함되는 환경의무도 함께 언급)
 - 모든 당사국에 예외 없이 동일하게 필수적으로 요구됨, 국가가 충족시키지 못할 때에는 사회권규약상의 권리 침해가 됨, 당사국의 이용 가능한 자원 양과 상관없이 적용되어야 함
-

표 17. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 국가의 소극적·적극적 의무 내용

논문 수	소극적 의무 내용	적극적 의무 내용
3	국가권력에 의한 건강생활 침해 금지	보건생활 침해에 대한 국가의 적극적 보호의무
1	<ul style="list-style-type: none"> • 국가권력에 의한 건강생활 침해 금지 • 예로 강제 예방접종에 의한 국민건강 침해 방지, 오염된 상수도에 의한 국민보건 악화 방지, 비위생적 오물처리·시설로 인한 전염병 발생 방지 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건생활 침해에 대한 국가의 적극적 보호의무 • 예로 식품유통과정 관리·감시, 마약단속, 전염병 예방접종, 전염병환자 격리, 전염병오염지역 소독과 집회 금지,接客업소 종업원 정기 건강진단 등
4	국가권력에 의한 건강(생활) 침해 금지	<ul style="list-style-type: none"> • 보건생활 침해에 대한 국가의 적극적 보호의무 • 국민 보건 위해 적극적 정책 수립·시행 의무
1	국가권력에 의한 건강 침해 금지	<ul style="list-style-type: none"> • 보건생활 침해에 대한 국가의 적극적 보호의무(입법·행정상 조치 채택) • 국민 보건 위해 적극적 정책 수립·시행 의무
10	국가권력에 의한 건강(생활) 침해 금지	국민 보건 위해 적극적 정책 수립·시행 의무
1	국가권력에 의한 건강 침해 금지	<ul style="list-style-type: none"> • 국민 보건 위해 적극적 정책 수립·시행 의무 • 유해물질관리 통한 건강보호
1	국가권력에 의한 건강 침해 금지	<ul style="list-style-type: none"> • 국민 보건 위해 적극적 정책 수립·시행 의무 • 사회보험이나 공공부조, 의료서비스 직접 제공 등의 적절한 방법 채택할 폭넓은 재량을 국가가 지님
1	국가권력에 의한 건강권 침해 금지	국민 보건 위해 적극적 정책 수립·시행 의무
1	소극적 의무 지님	적극적 의무 지님

표 18. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 국가의 기타 의무 내용

기타 의무	구체적 내용
헌법학상 개념	<ul style="list-style-type: none"> • 국가목적규정: 법적 구속력 있는 헌법규범, 국가 활동에서 지속적 준수와 특정 과정 이행 명령 규정 • 사회국가원리: 국가는 건강보호 배려 의무 부담, 국민은 건강에 대한 국가의 보호조치 요구 가능 • 기본권 보장 혹은 국가 의무설정방법: 입법부, 행정부, 사법부는 국민이 국가에 대해 갖는 특정한 이익의 실질적 보장 의무 부담
과잉금지·과소보호금지 의무	미국산 쇠고기 수입위생조건 고시는 자유권으로서의 과잉금지 원칙에 의존할 필요도 없이 국가의 건강을 보호하여야 하는 국가의 과소보호금지의무에 위반됨
기본권 보호 의무	유전자변형식품에 대한 포괄적 의무와 관련되는 입법자의 기본권 보호 의무는 생명권과 건강권 보호라는 기본권, 정보의 자유에 대한 기본권 등으로부터 발생할 수 있음, 국가는 국가영역과 사적영역에서 기본권 보호 의무를 지고 특히 사인의 행위에 의하여 기본권 침해의 위험성이 발생한 경우에 국가는 적극적으로 이러한 위해의 발생을 방지해야 할 의무가 존재함

표 19. 건강권 의무담지자로서 ‘국가’가 언급된 논문 중 의무 유형에 따른 의무 내용이 나타난 47개 논문의 의무 유형의 구성

논문별 의무 유형의 구성			
즉각적·점진적	존중·보호·실현	기타 의무 유형	논문 수
○	○	핵심 & 소극적·적극적	1
○	○	핵심	2
○	○	×	1
○	×	핵심 & 사회권에 대한 국가 의무의 4중 구조	1
○	×	핵심	1
○	×	×	5
×	○	핵심 & 환경	1
×	○	핵심	1
×	○	소극적·적극적	1
×	○	×	6
×	×	과잉금지·과소보호금지	1
×	×	기본권 보호	1
×	×	소극적·적극적	21
×	×	핵심	3
×	×	헌법학상 개념	1

표 20. 건강권 의무담지자에 대한 내용이 언급된 160개 논문의 의무내용 구성과 논문 화제

논문 수	‘국가’ 의무						‘국가 외’ 의무	논문 화제	
	의무 유형별					의무 유형과 무관			
	즉각· 점진	존중·보호 · 실현	소극· 적극	핵 심	기타				
1	○	○	○	○	×	×	○	사회	건강권
2	○	○	×	○	×	×	○	×	사회권(노동, 사회보장) 이행, 기후변화와 건강권
1	○	○	×	×	×	×	×	×	북한 인권
1	○	×	×	○	4중 의무	×	○	×	사회복지의 공공성
1	○	×	×	○	×	○	○	사회	이주노동자 건강권
1	○	×	×	×	×	○	○	개인	건강권과 의료접근권
2	○	×	×	×	×	○	○	사회	이주노동자 의료권, 국내 중국동포 의료이용
1	○	×	×	×	×	○	○	×	건강권· 의약품접근권· 지적재산권
1	○	×	×	×	×	×	○	×	일본 고령자 의료보장제도
1	×	○	○	×	×	×	×	×	환경 인권
1	×	○	×	○	환경	○	○	×	공적개발원조와 건강권
1	×	○	×	○	×	×	○	×	전염병
1	×	○	×	×	×	○	○	기업	근로자 건강권

논문 수	‘국가’ 의무							‘국가 외’ 의무	논문 화제
	의무 유형별					의무 유형과 무관			
	즉각· 점진	존중·보호 ·실현	소극· 적극	핵 심	기타				
1	×	○	×	×	×	○	×	×	의료분쟁
1	×	○	×	×	×	×	○	사회	성매매
2	×	○	×	×	×	×	○	×	건강권과 보건의료정책 개혁, 보건의료정책
1	×	○	×	×	×	×	×	×	북한 인권
1	×	×	○	×	×	○	○	보건의료계	의료기관 규제
7	×	×	○	×	×	○	○	×	건강권, 공중보건학 개념, 보건의료 재정, 보건의료 직업·영업, 적정진료 범위, 의료사고, 건강관리
1	×	×	○	×	×	○	○	보건의료계	의료행정부
1	×	×	○	×	×	○	×	보건의료계	외국인 의료권과 응급의료법상 미수금대지급제도
3	×	×	○	×	×	○	×	×	한·칠레 자유무역협정, 의료·한방의료 업무 구분, 의료법인의 부대사업과 자법인
1	×	×	○	×	×	×	○	국민	국민보건사업 위한 법률 제정
2	×	×	○	×	×	×	○	×	보건권과 지방자치조례 역할, 흡연권 제한
5	×	×	○	×	×	×	×	×	노숙인 등 복지·지원 법률, 무면허 의료행위, 보건 의료기본법, 보건의료이용 활성화, 산업안전보건법

논문 수	‘국가’ 의무							‘국가 외’ 의무	논문 화제
	의무 유형별					의무 유형과 무관			
	즉각· 점진	존중·보호 ·실현	소극· 적극	핵 심	기타	추상	구체		
1	×	×	×	○	×	×	×	×	의료서비스대상자 통합사례관리
1	×	×	×	○	×	×	○	×	조류독감과 국제법적 규제
1	×	×	×	○	×	○	○	×	의료급여제도와 약자의 건강권
1	×	×	×	×	기본권 보호	○	○	기업	유전자변형식품 표시
1	×	×	×	×	과잉·과소 보호금지	○	○	×	한미 쇠고기 수입
1	×	×	×	×	헌법확상 개념	○	○	×	응급의료
2	×	×	×	×	×	○	○	기업	모성보호, 근로자 건강권과 업무상 질병 증명책임
3	×	×	×	×	×	○	○	보건의료계	미국 오바마 건강보험개혁, 환자권리, 방사선사법
4	×	×	×	×	×	○	○	사회	지역사회운동, 통일 한국의 의료보장제도, 외국인근로자의 건강인식과 의료이용, 이주자 건강증진정책
1	×	×	×	×	×	○	○	사회, 의료기관	생식세포 기증과 보조생식술 그리고 여성 재생산권
1	×	×	×	×	×	○	○	이주노동자	이주노동자 의료지원

논문 수	‘국가’ 의무						의무 유형과 무관		‘국가 외’ 의무	논문 화제
	의무 유형별									
	즉각· 점진	존중·보호 · 실현	소극· 적극	핵 심	기타	추상	구체			
33	×	×	×	×	×	○	○	×	건강권, 한국의 건강권 보장, 국민 보건권, 여성 생식권, 군인의 의료권, 태국 에이즈감염인 의약품접근권 운동, 공적 건강보장과 자유 제한, 수용자 보건의료체계, 수용자 의료처우, 교정시설 내 의료처우, 외국인근로자 보건의료, 이주노동자 인권, 보건소 모자보건서비스, 보건소 기능과 조직, 한부모 여성가장의 지역사회 중심 건강권 지원, 흡연권 규제와 금연조례, 의료행위와 기본권, 무면허 의료행위, 건강보험, 비급여 진료비용 공개, 저소득층 의료보장, 의료분쟁, 영리의료법인, 안전상비의약품 표시, 보건복지서비스 통합, 건강기능식품 부작용, TRIPs 협정(공중보건과 지적재산권), 한미 FTA 속 TRIPs-Plus와 의약품, 소방검사제도, 보험금 압류 및 보험계약 강제해지 제한 입법, 아동의 보건복지·안전 대책, 몽골 아동노동	
21	×	×	×	×	×	○	×	×	보건권, 환경보건권, 장애우 건강권, 지적장애인 건강권, 장애인 건강불평등, 청소년 건강과 인권, 수용자의 헌법상 기본권, 피임·낙태와 여성 재생산권·건강권, 의료개혁, 정신의료, 호스피스와 완화의료, 외국인노동자 진료, 의약품품목허가제도와 자기결정권·보건권, 영리의료법인, 의료분쟁, 건강기사, 유해식품, 알레르기 식품표시제도, 스포츠안전권, 한미 FTA와 한국쇠고기산업, 미국 쇠고기 수입과 전계급의 건강권	

논문 수	‘국가’ 의무						의무 유형과 무관		‘국가 외’ 의무	논문 화제
	의무 유형별									
	즉각·점진	존중·보호·실현	소극·적극	핵심	기타	추상	구체			
3	×	×	×	×	×	×	○	기업	노인근로자 인권, 직업병 근로자 평균임금 산정방법, 직장 내 괴롭힘	
1	×	×	×	×	×	×	○	보건의료계	환자권리교육	
1	×	×	×	×	×	×	○	채류국, 국제사회 등	이주노동자 무료진료	
33	×	×	×	×	×	×	○	×	건강권·인권, 인권으로서의 건강권, 사회권으로서 건강권, 수용자 건강권, 쪽방주민 건강권, HIV 감염인 건강권, 장애여성 인권, 건강권 운동, 캐나다 보건의료체계, 의료개혁, 공공보건의료, 공공의료, 보건의료사각지대, 방문간호사업, 운동처방, 건강보험, 농어촌 지역의료보험, 의료사고, 의료실패도, 의료인력 이동, 수용자 권리, 수용자 보건의료처우, 형의 집행 및 수용자 처우, 균형형법, 기독교기관의 외국인근로자 의료서비스, 외국인 HIV/AIDS 신분자에 대한 출입국상 제한, 산업안전보건법, 연소자 노동보호법제, 다산콜센터 노동자 노동조건, 방사능 오염, GMO 법적 규제, 한미 FTA협정에 따른 쇠고기 수입, 건강투자론	
5	×	×	×	×	×	×	×	기업	건설업노동자 건강·복지, 비정규노동자 건강권, 이주노동자 건강권, 정신적 괴롭힘, 청소년 노동	
1	×	×	×	×	×	×	×	학교장 등	학생 인격권	
4	×	×	×	×	×	×	×	보건의료계	금연지도, 의료분쟁, 의료폐기물 처리, 의약품 분류	

표 21. ‘2013 건강권 서울시민회의’에서 언급된 건강권 의무담지자의 의무내역

의무담지자	의무 내역
국가	
국가와 정부	건강은 기본적인 사회적 권리, 이를 시민들의 생존권의 하나로 보장 기본 사회보장제도 속에 공중보건시스템 구축, 사회경제적 요인에 대한 적극적 개입, 노동·소득·주거·에너지·보건의료 영역의 책임 운영
국가	건강권 존중해야 할 의무
정부	집(건강)을 떠나 해매는 이들이 돌아갈 길을 밝혀 주어야 함 최소한 건강권(마음지킴) 보장 건강에 관련된 교육과 정보 제공 개인 의식주 생활의 기본적 보장과 정서적 고립 방지 위해 노력 [쪽방주민 건강권] 비급여 부분의 의료비 지원
지방자치단체와 정부	[쪽방주민 건강권] 주거환경 개선(온수 공급, 목욕시설 구축 등)
지방자치단체	[쪽방주민 건강권] 집 임대 대여
서울시와 중앙정부	[쪽방주민 건강권] 사생활 침해 금지, 주거환경 개선, 건강 및 영양 실태조사, 의료서비스 개선, 의료재원 확충, 기초생활보장 현실화, 질적·양적 사회조사, 자치공간, 사회구성원 지위 회복
서울시	[쪽방주민 건강권] 쪽방 건물의 최소기준 구비 위한 경제적 부담에 대해 쪽방주민에게 부담되지 않게 서울시에서 경제적 지원 필요
구청	[쪽방주민 건강권] 쪽방 대체 공간 매입
국가 외	
사회	건강권 존중해야 할 의무
사회성원	연대의식 갖기, 개인 의식주 생활의 기본적 보장과 정서적 고립 방 지 위해 노력
의료진	올바른 의식 확립
모든 시민	자신의 건강 지켜나가야 할 의무

표 22. 건강권 근거로서 국내 헌법을 언급한 113개 논문 중 특정 조항을 언급한 106개 논문의 구체적 내용

10조	36조 3항	기타 조항*	논문 수
10조만 언급			
불가침 기본 인권	×	×	1
인간존엄	×	×	2
행복추구권	×	×	1
인간존엄 & 행복추구권	×	×	1
10조와 36조 3항 언급			
10조	○	×	1
인간존엄 & 행복추구권	○	×	3
10조와 36조 3항과 기타 조항 언급			
10조	○	12	1
불가침 기본 인권 & 인간존엄	○	12, 13	1
10조	○	12(1), 37(1)	2
인간존엄	○	32(3), 34(1)	1
행복추구권	○	34(1)	1
10조	○	34(1)	1
불가침 기본 인권	○	34(1-2,5)	1
10조	○	34(1-2,6)	2
10조	○	34, 35(1)	1
인간존엄	○	34(1), 35(1)	3
10조	○	34(1), 35	1
10조	○	34(1-2,5), 35(1)	1
인간존엄	○	34(1), 35, 37(1)	1
10조	○	35, 36(2), 37(1)	1
10조와 기타 조항(36조3항 제외) 언급			
행복추구권	×	32, 34	1
10조	×	34(1-2,6)	1
인간존엄 & 행복추구권	×	34(1), 35(1)	1

10조	36조 3항	기타 조항*	논문 수
36조 3항만 언급			
×	○	×	54
36조 3항과 기타 조항(10조 제외) 언급			
×	○	10, 11, 34(1-2), 35(1)	1
×	○	11, 34(1)	1
×	○	32(4), 34(1), 35(1)	1
×	○	34(1)	1
×	○	34(1-2)	1
×	○	34(1-5)	1
×	○	34, 35(1)	1
×	○	34(1), 35	1
×	○	34(1), 35(1)	1
×	○	34(2), 35(1)	1
×	○	34(1), 36(1-2)	1
×	○	35(1)	3
×	○	35(1), 36(2)	1
기타(10조와 36조 3항 제외)			
×	×	6	1
×	×	11, 34	1
×	×	32(3), 34, 35, 37	1
×	×	34(1), 35(1)	2
×	×	34(1-2,6)	1
×	×	35(1)	1

1) 체계적이고 알아보기 쉽게 분석 결과를 제시하기 위해 동일 범주 내에서는 기타 조항의 내용에 따라 순서대로 배열함

*기타 조항은 반복되는 ‘조’와 ‘항’이란 글자를 없애고 조 번호는 소괄호 바깥에, 항 번호는 소괄호 안에 표기함

표 23. 헌법과 보건의료기본법을 제외한 건강권의 기타 국내 근거(개별 논문)

개별 논문의 기타 국내 근거
<ul style="list-style-type: none"> • 1941년 대한민국 임시정부 건국강령 • 공공보건의료에 관한 법률(제7조), 정신보건법(제5장), 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률(제31조) • 공공보건의료에 관한 법률(제2조 2항), 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 • 국민건강증진법 • 국민건강증진법, 의료법, 응급의료에 관한 법률 • 근로기준법(제76조), 산업안전보건법 • 식품위생법, 공중위생관리법 • 아동복지법 • 우리나라 국내법 • 의료법(제15조, 제21조), 소비자기본법(제4조), 환자권리장전(10가지) • 의료법(제1조)* • 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률(제31조 1항) • 학교급식법(제10조 1항), 학교보건법(제4조 1항) • 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 • 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률(제30조)과 시행령(제46조) • 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률(제6조, 제22조 1항, 제23조 1항, 제24조 1항, 제30조, 제31조, 제32조 1항, 제34조 1항, 제35조, 제36조 1-2항, 제37조 1-4항, 제38조, 제39조 1-4항, 제40조 1-2항) • 환자권리선언(1993년 연세의료원, 1990년 의료사고가족협의회) • 환자권리선언(1993년 연세의료원, 1990년 의료사고가족협의회), 의료법(제16조 1항)

* 2개 논문에서 나타남

표 24. 건강권 해석 중에서 ‘급부와 배려’ 범주의 구체적 내용

건강권 해석의 구체적 내용	논문
건강하지 못할 때 건강한 상태로 회복할 수 있는 권리	1개
국가의 건강 생활 보호	2개
국가의 적극적 보건정책 의무와 건강 생활 보호	1개
국가적 급부와 배려 요구	5개
사회인으로 살아가기 위한 최소한의 건강 보장과 그러기 위해 체육에 대한 사회보장적 배려까지 필요	1개
최소한의 건강한 생활 보장 위한 생존권	1개
국가목표규정 내지 프로그램 규정	1개
[외국인 근로자의 건강권] 우리 사회가 준비해야할 사회보장의 핵심 문제	1개
보건의료와 건강한 조건	2개
적시의 적절한 보건의료와 기본적 건강결정요소	3개
보건의료와 건강한 조건 + 적시의 적절한 보건의료와 기본적 건강결정요소	1개
도달 가능한 최고 수준의 건강 실현에 필요한 시설·물품·서비스·조건	3개
양호한 건강상태 도달·유지에 필요한, 국가가 제공할 책임이 있는 다양한 시설과 환경 이용	1개
육체적·정신적·사회적으로 건강한 삶 영위에 필요한 구체적 조건과 대안 모색 포괄	1개
국가로부터 일정한 이익을 받는 수익권	1개
신체적 건강뿐만 아니라 사회경제적·문화적 조건까지 포괄	1개
적절한 치료 혹은 최상의 치료를 받을 권리	1개
치료받을 권리	1개
최소한 치료 받을 수 있는 기회 보장	1개
국가적 급부와 배려 요구 권리 + 광범위한 사회경제적 요소 포함 + 건강의 기초적 결정요소까지 확장	1개
도달 가능한 최고 수준의 건강 실현에 필요한 시설·물품·서비스·조건 + 국가의 건강 보호	1개
도달 가능한 최고 수준의 건강 실현에 필요한 시설·물품·서비스·조건 + 보건의료와 건강한 조건	1개
도달 가능한 최고 수준의 건강 실현에 필요한 시설·물품·서비스·조건 + 최소주의(최소한의 생존)에서 최대주의(삶의 질 관련 건강권 확보) 접근으로 이동 중	1개
도달 가능한 최고 수준의 건강 실현에 필요한 시설·물품·서비스·조건 + 건강권 향유 위한 일련의 사회장치(규범, 제도, 법률, 가능한 환경 등)	1개
도달 가능한 최고 수준의 건강 실현에 필요한 시설·물품·서비스·조건 + 적시의 적절한 보건의료와 기본적 건강결정요소 + 건강한 삶 영위 조건 + 건강한 환경에의 접근성	1개

표 25. 건강권 해석 중에서 ‘건강 혹은 삶’ 범주의 구체적 내용

‘건강 혹은 삶’ 범주	건강권에 대한 구체적 해석 내용	논문
건강 그 자체	<ul style="list-style-type: none"> • 건강 그 자체가 독자적 중요성 갖는 목적임 • 건강은 그 자체로 권리를 구성하고 인권 보호의 대상이지만 건강이 곧 건강권은 아님 • 국가가 건강 그 자체를 담보해줄 수 없고 모든 건강위험요인으로부터 국민 보호도 불가능* 	3개
건강 수준(최고)	<ul style="list-style-type: none"> • 도달 가능한 최고 수준의 건강 향유* • 최고 수준의 건강 상태 유지와 오래 삶 	2개
건강 수준(적정)+ 생명·건강	<ul style="list-style-type: none"> • 적정수준의 건강 요구 가능 & 생명과 건강을 지키는 인간의 권리 	1개
건강한 삶	<ul style="list-style-type: none"> • 건강한 삶 유지 • 건강한 삶 지향 • 생활 전반에서 건강하게 삶 • 일상적으로 건강한 삶 실현 • 육체적·정신적·사회적으로 건강한 삶 향유 	5개
생명·건강	<ul style="list-style-type: none"> • 생명과 건강을 지키는 인간의 권리** 	8개
안녕 상태	<ul style="list-style-type: none"> • 신체적·정신적·사회적 안녕 상태에 도달 • 신체적·정신적·사회적 안녕 상태를 추구 • 신체적·정신적·사회적 안녕 상태를 유지 	3개
기타	<ul style="list-style-type: none"> • 개개인의 건강에 대한 국가의 보호 • 사람의 생명과 신체의 완전성을 향유 • 행복한 삶 추구 위한 인간의 기본적 권리 	3개

*이 논문은 건강권이 ‘건강할 권리’는 아니라고 봄

**8개 논문 중에서 1개 논문은 건강권이 ‘건강할 권리’는 아니라고 봄

표 26. 건강권 해석 중에서 ‘건강관념’ 범주의 구체적 내용

‘건강관념’ 범주	건강권에 대한 구체적 해석 내용	논문
개인 및 인구집단 관점	국민 개개인의 건강 보장뿐만 아니라 인구집단 관점에서 대한민국 국민 전체의 건강 수준에 대 한 과제도 그 내용으로 포함	1개
건강 범위	육체적 건강과 정신적 건강 모두 포함**	5개
학문 분야 고려	의학적 관점과 공중보건 관점을 아우르는 넓은 범위의 건강을 기반으로 함*	1개
확장된 개념	[여성 건강권] 여성의 몸을 과학기술·외부개입 으로부터 보호하는 건강이 아니라 일상에서 적 극 누리고 즐길 수 있는 건강 개념으로 확장, 의 료화된 개념에 한정하지 않고 신체적 건강을 넘 어 사회적 권리 대상으로 주장	1개

*이 논문은 건강권이 ‘건강할 권리’(right to be healthy)는 아니라고 봄

**5개 논문 중에서 1개 논문은 건강권이 ‘건강할 권리’(right to be healthy)는 아니라고 봄

표 27. 건강권 해석 중에서 ‘주체와 권력’ 범주의 구체적 내용

‘주체와 권력’ 범주	건강권에 대한 구체적 해석 내용
건강을 주장	건강을 주장하는 권리
경험 · 통제 · 실천 방식	[장애여성 건강권] 모성권에 집중되었으나 재생산 전반의 경험, 통제, 실천방식 등으로 확대해야 함
권력	[노동자 건강권] 모든 노동자들의 권리 실현 위한 일상적 권한과 권력의 향유 지향
‘의권’에 대응하는 사람들의 주장	의료대란을 통해 의사들의 ‘의권(醫權)’이 현실적 힘으로 제시되면서 의사 아닌 사람들의 주장으로 제기된 것이 치료받을 권리를 넘어 ‘건강권’이란 용어임
자기결정*	<ul style="list-style-type: none"> • 건강권에 대한 국가 · 기업 정책이나 보건의료서비스 영역만의 논의와 법적인 협소한 규정은 몸을 국가 · 기업의 통제 · 영향 아래 속박할 수 있음, 건강권은 몸에 대한 자기결정권과 직결됨 • [여성의 재생산건강권] 자신의 이해에 따라 자유롭게 안전하게 성 · 재생산에 대한 사안을 결정 가능
주체 인식	건강권에 대한 개념은 선언적 권리에서 점차 환자 스스로 자율성을 갖고 자신을 건강을 주체로 여기는 개념으로 변화하는 추세

*2개 논문에서만 나타남

표 28. 건강권 해석 중에서 ‘건강 침해 금지와 급부·배려’ 범주의 구체적 내용

‘건강 침해 금지’의 내용	‘급부와 배려’의 내용	논문
국가의 건강 침해 금지	국가에게 급부·배려 요구	26개*
국가의 건강 침해 금지	국가의 보건생활 침해에 대한 보호	1개
국가의 건강 침해 금지	국가에게 건강 위협 유발하는 제3자 행위나 자연력 방지하도록 요구	1개
국가의 건강 침해 금지	건강하고 위생적인 생활환경 조성과 질병으로부터 보호	1개
국가의 건강 침해 금지	보건정책 수립·시행 의무	1개*
국가·사인의 건강 침해 금지	국가에게 급부·배려 요구	1개
국가·사인의 건강 침해 금지	인간존엄에 합당한 건강 환경 조성 요구	1개
국가의 건강침해행위 중지, 신체불훼손권	보건의 권리(건강 유지·회복 위한 적극적 활동 요청권)	1개
국가의 건강 침해 금지	국가에게 급부·배려 요구, 국가의 건강 보호	3개
국가의 건강 침해 금지	국가에게 급부·배려 요구, 국가의 적극적 보건정책 의무	1개
국가의 건강 침해 금지	국가에게 급부·배려 요구, 국가의 적극적 보건정책 의무, 건강한 생활 유지 환경	1개
국가의 건강 침해 금지	국가에게 급부·배려 요구, 도달 가능한 최고 수준의 건강 실현에 필요한 시설·물품·서비스·조건	1개
국가의 건강 침해 금지	국가에게 급부·배려 요구, 건강 보호·증진	1개
국가의 건강 침해 금지, 신체 불훼손권의 일부	국가에게 급부·배려 요구	1개
국가의 건강 침해 금지, 건강 위해요소로부터 소극적 보호	국가에게 급부·배려 요구, 적극적 건강 보호	1개
신체의 자유의 일부	인간다운 생활권	1개*
의료적 개입으로 인한 건강침해로부터 보호	의료적 접근권	1개

*1개 논문이 건강권 해석으로 ‘건강권은 건강할 권리 아님’도 함께 언급함

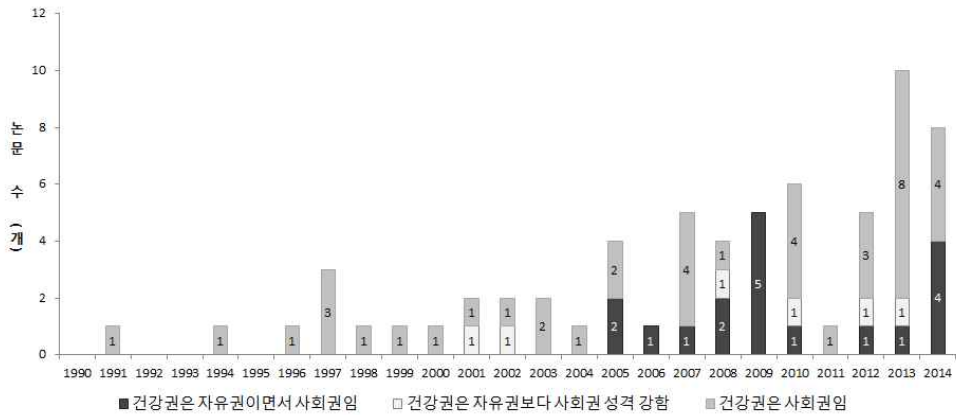


그림 1. 1990-2014년 건강권 논문의 건강권에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 성격 규정의 추이

표 29. 저자 소속에 따른 건강권에 대한 자유권 혹은 사회권이라는 이분법적 성격 규정의 현황

단위: 논문 수 (개)

저자 소속	건강권의 성격 규정			소계	전체 건강권 논문
	자유권 이면서 사회권	자유권보다 사회권 성격 강	사회권		
법	9	3	15	27 (41.5%)	104 (26.9%)
보건	2	2	6	10 (15.4%)	64 (16.6%)
사회복지	1	0	7	8 (12.3%)	52 (13.5%)
의료	2	1	2	5 (7.7%)	28 (7.3%)
행정	2	0	3	5 (7.7%)	21 (5.4%)
여성	0	0	3	3 (4.6%)	20 (5.2%)
기타(30개 분야)	2	0	5	7 (10.8%)	97 (25.1%)
소계	18	6	41	65 (100%)	386 (100%)

표 30. 건강권 세부권리 내용의 절차 요구 중 우선순위 방식의 상세 내용

우선순위 방식	구체적 서술 내용
사회적 우선순위 (1 개 논문)	국민보건 분야의 사회보장재원에 국가 예산의 최 우선적인 투자 요구
국지적 우선순위	
<i>평등과 비차별</i> (37 개 논문)	보건의료 분야(일부는 사회복지, 노동, 환경, 건강 상태도 함께 포함)에서 모든 사람들의 평등과 비 차별을 요구하거나 경제적 사정, 출신국가, 체류지 위, 성별, 나이, 장애, 고용, 지역, 신분 등과 무관 하게 평등과 비차별을 요구
<i>비례적 보편주의</i> (3 개 논문)	보건의료 분야에서 사회경제적 이유, 장애 여부와 무관한 평등과 비차별을 요구하면서 특히 취약계 층에게 더욱 배려해주기를 요구
<i>우선성</i> (14 개 논문)	보건의료 분야(일부는 사회복지, 노동, 안전, 문화 도 함께 포함)에서 빈곤층, 저소득층, 사회적 약자, 취약계층, 노동자, 이주민, 영유아, 아동, 청소년, 여성, 북한이 하류층·일반주민의 우선성을 요구
공사(公私) 우선순위 (19 개 논문)	보건의료 분야의 공공성 요구
인권적 우선순위 (1 개 논문)	환자의 건강권과 의사의 의료권 사이 조화 요구
질환별 우선순위 (1 개 논문)	질환별 형평적인 자원 배분 요구
예방과 치료의 우선순위 (1 개 논문)	장애의 예방·치료·재활에 노력하되, 특히 예방에 우선성을 요구

표 31. 건강권 세부권리 내용의 절차 요구 중 제도적 방식의 상세 내용

제도적 방식	구체적 서술 내용
참여 제도 (13개 논문)	보건의료 분야(보건의료정책, 건강보험, 지방자치규범, 공공기관 소유·운영, 건강관리, 산업보건 등)에서의 국민, 주민, 시민, 여성, 환자, 노동자, 쪽방주민 등의 참여 요구
합의 제도 (9개 논문)	건강권, 보건의료(보건 관련 필요, 의료법, 의료보험통합과 의약분업, 의료보장, 보건의료체제, 정신질환 관련 투자)에 대한 합의 요구, 특히, 이주노동자의 건강권과 저소득 의료보장 확대와 같이 취약계층의 건강을 위한 합의도 요구
의견 반영 제도 (5개 논문)	주민, 비정규직 노동자, 여성, 남성의 의견 반영 요구
주체적 모형 (3개 논문)	권리보유자·수형자·주민의 주체적 역할, 자율성, 권리보장 요구 가능한 모형 요구
인권 심사 제도 (2개 논문)	환경 보호 위한 국제적·지역적 감시와 인권이행 메커니즘, 기후 변화 관련 건강권 포괄한 국제적·국가적 인권책임 메커니즘 강화

표 32. 건강권 세부권리 내용의 실제 요구 중 건강 상태 요구의 상세 내용

건강 상태 요구	구체적 내용
건강 (논문 7개)	기초건강(아동), 건강, 건강한 상태, 달성 가능한 최상의 건강수준, 몸의 건강(여성), 신체적·정신적 건강(여성)
안녕 (논문 4개)	완전한 육체적·정신적·사회적 안녕, 재생산과 성 관련 완전한 육체적·정신적·사회적 안녕, 재생산과 성 관련 육체적·정신적·사회적 안녕(여성), 육체적·정서적 안녕
건강불평등 (논문 1개)	건강형평성(아동), 건강불평등 감소
권리 (논문 1개)	건강권·생명권
사망 (논문 1개)	영유아 사망률 감소
생명 (논문 1개)	생명
온전성 (논문 1개)	사회적 존재로서 온전성
죽음 (논문 1개)	편안한 죽음
질환 (논문 1개)	근골격계 질환 발생 감소

표 33. 건강권 세부권리 내용의 실체 요구 중 건강 관련 프로그램의 종류

건강 관련 프로그램의 개별 종류	논문 수	386개 대비 비율
보건의료	279개	72.3%
노동	43개	11.1%
사회복지	35개	9.1%
환경	16개	4.1%
인권	14개	3.6%
식품	9개	2.3%
국제협정, 생명과학기술	각 8개	각 2.1%
건강 결정요인, 교육	각 7개	각 1.8%
규범	6개	1.6%
체육	5개	1.3%
문화, 안전, 언론	각 2개	각 0.5%
건강불평등, 주거	각 1개	각 0.3%

표 34. 건강 관련 프로그램 요구에서 충분성 차원의 상세 내용

프로그램 종류	충분성 기준
보건의료	
양과 질 (논문 4개)	적정, 최선(2), 확대
양 (논문 8개)	건강보험 보장 수준 80%, 적정, 최소, 충분, 필수(2), 필요, 제도적 장치로 인해 제약 받지 않기
질 (논문 5개)	가장 안전하고 최상, 양질과 적정, 우수, 적정(2)
건강권과 생명권 (논문 1개)	최소한의 건강권과 생명권 보호
노동, 보건의료 (논문 1개)	노동자 건강권은 국민 건강권보다 높게 보호·보장 필요
노동 (논문 1개)	안전하고 쾌적하며 인간으로서 건강유지 가능한 노동 환경

표 35. 건강 관련 프로그램의 목록화 방식에서 나타난 항목의 대상

건강 개념	의료서비스	의료 질
	보건의료서비스	보건의료 질
기초 건강결정요인	의료 접근	의료사고·분쟁
건강 영향요인	의료 이용	의료행위
건강위험요소		의사-환자 관계
건강영향평가	의료인력	
	보건의료인력	무상의료
보건 관련 필요	의료기관	공공의료
	보건의료기관	공공보건의료
건강증진	보건의료시설	공공의료기관
예방	보건의료자원	공공보건의료기관
건강검진		의료 공공성
전염병 관리	보건의료체계	
질병 관리	보건의료정책	민간의료
	의약분업	원격의료
의료	보건행정	영리법인
보건의료		보건의료시장
응급의료	일차보건의료	의료 민영화
교정의료	일차의료	
간호	의료전달체계	의료광고
한의학	선택병의원제	헬스저널리즘
의약품		
	비급여	구강보건
의료보장	진료비 지불제도	정신보건
건강보험	의료수가	모자보건
산재보험	사례관리	지역사회보건
장기요양보험	보건의료재정	학교보건
의료급여		보건교육
의료부조제도		흡연
의료 안전망		위생
		국제보건

*가로 막대의 길이는 언급된 논문 수로서 절대적 빈도가 아닌 상대적 비중을 가늠하는 용도로 활용해야 함

건강 정보	환경보건	아동안전
성 관련 정보	공기·수질	아동노동 금지
의료정보	식수	아동복지
보건의료 정보	소음	
	의료폐기물	청소년 건강 법률
재생산	방사능·핵	청소년 노동
피임	송진	
낙태	소방	여성 건강
배아연구		장애여성 건강
난자채취술	환경	
과학기술	자연환경	장애인 건강불평등
재생산·성적 건강	사회환경	장애인 체육
성매매	사회기반시설	장애인 복지
성적 폭력	사회적 자본	장애인 고용
	생활환경	장애인 보험 계약
		장애인 인식
식량·식품	사회보장	장애
건강기능식품	복지	
유전자변형식품	생계	외국인 의료
한미 쇠고기 협정	보육	이주노동자 고용
검역	노인복지	다문화
	보건복지	이주정책
노동정책		출입국 관리
고용	교육	
노동조건	급식	생애주기
감정노동	휴식	젠더 문제
산업안전보건		문화
사용자 책임	주거	차별
노동복지		
노동조합	부문 간 협력	보건의료윤리
필수유지업무제도	민간 협력	존엄사

*가로 막대의 길이는 언급된 논문 수로서 절대적 빈도가 아닌 상대적 비중을 가늠하는 용도로 활용해야 함

건강권	프라이버시권	국제인권조약
노동자 건강권	자기결정권	보건 관련 국제조약
북한 취약계층 건강권	환경권	인권감시
여성 건강권	재생산권	재판회부가능성
이주노동자 건강권	건강하게 일할 권리	건강권 관련 법률
지적장애인 건강권	알권리	보건의료 관련 법률
후기산업사회 건강권	선택권	피해 배·보상
	강제실시권	
인권	청소년 인권	
권리	여성 인권	
	환자 인권	
	북한 인권	

*가로 막대의 길이는 언급된 논문 수로서 절대적 빈도가 아닌 상대적 비중을 가늠하는 용도로 활용해야 함

표 36. 건강 관련 프로그램의 목록화 방식에서 나타난 항목의 청구형태

항목의 청구형태	건강 관련 프로그램의 구체적인 항목
접근권	보편적·적정한 의료서비스 제공
제도	건강보험료 지원이나 본인부담금 감면 제도
법률	낙태기술 합법화
정책	성인지적 건강 정책 개발
규제	교정시설 수용규모 제한과 설비기준 마련
규범	양육의 사회적 책임 강조
접근방법	산재사망의 1차적 책임은 사용자에게 존재
관리	석면 해체·제거·관리 방안
조사·연구	장애와 건강 관련성에 대한 학제연구 필요
감시	노동부의 사업주 의무 이행 여부 감시
운동	탈핵을 위한 부단한 투쟁 필요
지원	북한 취약계층의 건강권 증진 위한 지원방안 마련
자력화	산재 근절과 건강권 쟁취 위한 노조 역량 강화
행정	중앙정부와 지자체간 기능·재원 고려한 보건행정 배분
자원	수입쇠고기 검역 인력과 장비 확충
재정	장애인 건강권 확보 위한 체육예산 확대
체계	한국형 의약품사용평가체계 구축 필요
문화	사전적 행위로서 피임 인지·실천하는 피임문화
인권·권리	낙태 관련 자기결정, 정보, 시술접근 권리 보장
평가	영리병원 허용의 보건의료에 대한 영향 평가
협력	기후 변화 관련 유엔기본협약에 따른 국제 협력
국제협정	정부가 한미 FTA 원점에서 재검토 필요
의제화	남한 입국 북한이주민의 포괄적 건강권을 문제제기

*가로 막대의 길이(상기 표(항목의 대상)와 가로축의 눈금은 동일)는 언급된 논문 수로서 절대적 빈도가 아닌 상대적 비중을 가늠하는 용도로 활용해야 함

표 37. 건강 관련 프로그램의 결정규칙 제시 방식의 구체적 내용

결정규칙	구체적 사례와 언급 논문 수
포괄성	[보건의료] 포괄성(3), (남한 입국 북한이주민) 포괄성(1), (노인) 포괄적이고 적절(1), (장애인) 포괄성(1), (한부모 여성가장) 다차원성과 통합성(1), [보건의료, 건강 결정요인] 포괄성(2) [보건의료, 노동] (노동자) 종합적 규제(1), [보건의료, 노동, 사회복지] (이주노동자) 포괄성(1), [보건의료, 사회복지] (요보호아동과 그 가족) 종합지원체계(1)
특수성	[건강 결정요인] (여성) 삶의 현실(1), [보건의료] 구성원의 필요(1), 지역의 건강요구(1), (다문화가족) 건강요구(1), (수용자) 일반인과 다른 건강상 문제(2), (이주민) 문화와 성별 고려(1), (장애인) 성별 고려(1) [보건의료, 사회복지] (여성) 성인지적, 건강 욕구·신념·가치·경험 중시(1), (요보호아동) 요보호아동의 건강뿐만 아니라 그 가족의 건강문제도 고려(1), (고령 성매매여성) 다른 성매매 여성과 다른 맥락(1)
궁극 목적	[보건의료] (HIV 감염인) 건강보호와 증진(1), (정신질환자) 정신질환자의 건강권·자유와 가족의 건강권과 사회적 안전 동시 추구(1), (한부모 여성가장) 건강한 삶(1) [보건의료, 노동] (노동자) 인간 존엄과 가치권, 행복추구권 보장(1) [보건의료, 사회복지] (국민) 건강과 일정 수준 삶 유지(1),
기본·필수	[보건의료] 기본적(1), 구성원에게 필수(1), (이주민) 응급 상황 및 기본적 의료(1), (십대) 건강권 위한 사회의 필수 조치(1)
유효성	[보건의료] 유효성과 유용성 인정되는 비의료인 행위 포함(1), (이주노동자) 실질적 도움 되는 지원방식 채택(1) [국제협정] 건강권에 대한 아주 낮은 수준의 잠재적 침해 가능성 존재 경우도 배제(1)
예방 중심	[보건의료] 치료 중심 의료보장을 넘어 질병 예방과 자립 지원 포함(1), 치료 위주 의료보험에서 사전 예방 기능 강화된 의료사업으로 전환(1), (노동자) 산업안전과 노동자 건강권 문제는 보상 문제 보다 재해예방 중심으로 취급(1)
건강 범위	[보건의료] (수용자) 신체 건강에서 정신 건강까지 포함(2), (외국인노동자) 신체 건강뿐만 아니라 정신건강 포함(1)
사회경제적 조건	[보건의료] 제반 사회경제적 조건에 대한 관심에서 의료제도 접근(1) [보건의료, 사회복지] 불평등, 차별, 억압 취급(1)
가격	[보건의료] (장애인) 무상 또는 저렴한 가격(1)
질병 범위	[보건의료, 사회복지] (여성) 질병 확대(1)
보편성	[보건의료] (노동자) 노사 협상보다 보편적 규제 치중(1)

표 38. 개별 논문에서 언급한 건강 관련 프로그램의 결정규칙 현황

개별 논문의 결정규칙 언급 내용	논문 수
건강 범위	2
궁극 목적	3
기본 · 필수	3
사회경제적 조건	1
예방 중심	2
예방 중심, 보편성	1
유효성	3
특수성	5
특수성, 건강 범위	1
특수성, 기본 · 필수	1
특수성, 사회경제적 조건, 질병 범위	1
포괄성	7
포괄성, 궁극 목적	2
포괄성, 특수성	2
포괄성, 특수성, 가격	1
소계	35

표 39. 건강권의 세부권리를 언급한 351개 건강권 논문의 개별 논문 유형

개별 논문의 건강권 세부권리 유형	실체 요구				절차 요구		논문 수
	건강 상태	건강 관련 프로그램			우선 순위	제도	
		충분성	목록화	결정규칙			
자유권	-	-	-	-	-	-	2
소극적 청구권	×	×	○	×	×	×	2
적극적 청구권	○	×	○	○	×	×	1
	○	×	○	×	○	○	5
	○	×	○	×	×	○	2
	○	×	○	×	×	×	5
	○	×	×	×	×	×	1
	×	○	○	○	○	○	1
	×	○	○	○	○	×	1
	×	○	○	○	×	×	1
	×	○	○	×	○	○	2
	×	○	○	×	○	×	5
	×	○	○	×	×	×	5
	×	○	○	×	×	×	5
	×	○	○	×	×	×	5
	×	○	○	×	×	×	1
	×	×	○	○	○	○	2
	×	×	○	○	○	×	7
	×	×	○	○	×	×	12
	×	×	○	×	○	○	3
	×	×	○	×	○	×	26
	×	×	○	×	×	○	5
	×	×	○	×	×	×	166
×	×	×	○	×	×	1	
×	×	×	×	×	○	2	
소극적 · 적극적 청구권	○	×	○	×	×	×	1
	×	○	○	○	×	○	1
	×	×	○	×	×	×	2
자유권 & 소극적 청구권	-	-	-	-	-	-	0
자유권 & 적극적 청구권	○	×	○	×	×	×	4
	×	○	○	×	○	×	1
	×	○	○	×	×	×	2
	×	×	○	○	○	○	1
	×	×	○	○	○	×	2
	×	×	○	○	×	○	2
	×	×	○	○	×	×	3
	×	×	○	×	○	○	3
	×	×	○	×	○	×	10
	×	×	○	×	×	○	7
	×	×	○	×	×	×	50
	자유권 & 소극적 · 적극적 청구권	×	×	○	×	×	×
	×	×	○	×	○	×	1
소계	-	-	-	-	-	-	351

표 40. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 개별 분석 자료에서 나타난 건강권 세부 권리의 유형

개별 건강권	분석 세부권리	자료의 유형	실체 요구			절차 요구		자료 수	
			상태	건강 관련 프로그램			우선 순위		제 도
				충분성	목록화	결정규칙			
자유권								2	
자유권, 소극적 & 적극적 청구권				○	○	○		1	
자유권, 적극적 청구권			○	○	○			1	
			○					4	
			○	○	○		○	1	
			○					1	
				○	○	○		2	
				○	○			1	
					○			1	
					○			1	
							○	1	
적극적 청구권			○		○			1	
			○					1	
				○	○	○	○	2	
				○	○	○		1	
				○	○			5	
					○	○	○	1	
					○	○		4	
					○			7	
					○		○	1	
세부권리 언급 부재								1	
소계								40	

표 41. 수정한 Nickel의 분류 기준에 따른 건강권의 세부권리 내용 현황

니켈의 분류 기준	논문 수	건강권 세부권리 내용이 언급된 351개 논문 대비 비율(%)
안전권	89	25.4
적정절차의 권리	65	18.5
자유권	91	25.9
참정권	32	9.1
평등권	67	19.1
사회권	288	82.1
특별한 집단의 권리	317	90.3
특별한 집단의 권리(국민 제외)	226	64.4

표 42. Nickel의 분류 기준에 따른 개별 논문의 건강권 세부권리 내용 현황

특별 집단 권리에 국민 포함 시 개별 논문의 건강권 세부권리	351개 논문 대비 비율 (%)		특별 집단 권리에 국민 제외 시 개별 논문의 건강권 세부권리
사회권, 특별 집단 권리	30.5	20.5	사회권, 특별 집단 권리
평등권, 사회권, 특별 집단 권리	8.8	13.1	사회권
자유권, 사회권, 특별 집단 권리	7.4	7.1	평등권, 사회권, 특별 집단 권리
안전권, 사회권, 특별 집단 권리	5.1	5.4	자유권, 사회권, 특별 집단 권리
적정절차의 권리, 사회권, 특별 집단 권리	4.3	4.3	안전권, 사회권, 특별 집단 권리
적정절차의 권리, 특별 집단 권리	4.0	3.1	자유권, 사회권
안전권, 특별 집단 권리	3.4	3.1	적정절차의 권리, 사회권, 특별 집단 권리
사회권	3.1	2.8	안전권, 자유권, 사회권, 특별 집단 권리
안전권, 자유권, 사회권, 특별 집단 권리	2.8	2.8	적정절차의 권리
자유권, 평등권, 사회권, 특별 집단 권리	2.0	2.3	안전권
안전권, 자유권, 참정권, 사회권, 특별 집단 권리	1.7	2.3	안전권, 특별 집단 권리
안전권, 자유권, 평등권, 사회권, 특별 집단 권리	1.7	2.0	자유권, 평등권, 사회권, 특별 집단 권리
참정권, 사회권, 특별 집단 권리	1.7	1.7	안전권, 자유권, 참정권, 사회권, 특별 집단 권리
안전권, 적정절차의 권리, 사회권, 특별 집단 권리	1.4	1.7	적정절차의 권리, 특별 집단 권리
안전권, 적정절차의 권리, 특별 집단 권리	1.4	1.7	평등권, 사회권
자유권, 특별 집단 권리	1.4	1.4	안전권, 사회권
참정권, 특별 집단 권리	1.4	1.1	안전권, 자유권, 평등권, 사회권, 특별 집단 권리
안전권	1.1	1.1	안전권, 적정절차의 권리, 특별 집단 권리
안전권, 적정절차의 권리, 자유권, 사회권, 특별 집단 권리	1.1	1.1	안전권, 평등권, 사회권, 특별 집단 권리
안전권, 평등권, 사회권, 특별 집단 권리	1.1	1.1	자유권
자유권, 사회권	1.1	1.1	적정절차의 권리, 사회권
적정절차의 권리, 자유권, 사회권, 특별 집단 권리	1.1	1.1	참정권, 사회권, 특별 집단 권리
		1.1	평등권

* 논문 351개는 건강권의 세부권리 내용을 언급한 전체 건강권 논문 개수임

**351개 대비 비율에서 1%이하(논문 수로 3개 이하)을 차지한 논문들은 제시하지 않았음

표 43. 건강권 세부권리 중 Nickel 분류상 안전권의 내용

범주	논문 수	구체적 내용
노동	41	노동조건(노동조건, 노동시간, 심야노동, 노동강도, 교대근무, 청소년, 근로기준법 등), 작업환경(작업환경, 위험 작업회피권, 청소년 노동자 안전 등), 산업재해(산업재해, 감정노동, 정신적 괴롭힘, 직장 내 성희롱 등), 고용형태(비정규직, 청소년 등), 노동환경, 유해물질(유해물질, 화학물질), 산업안전교육, 아동노동
환경	17	환경, 생활환경, 자연환경, 사회환경, 보건환경, 석면, 방사능, 핵, 송전시설, 소음, 공기, 수질, 기후변화, 오염
식품	12	수입농축수산물(수입쇠고기, 조류독감 가금류 생산물, 농산물 통관절차, 검역주권, 방사능 오염 추정 지역산 수산물, 검역주권, 수입위생조건), 식품안전, GMO, 건강기능식품
의학	7	의료행위(무면허의료행위, 유해한 의료행위), 강제 치료·의학실험·예방접종·불임시술 등, 의료생산물, 의료광고, 장기이식
생명과학	4	난자매매, 잉여난자관리, 태아성별확인, 이식 배아 수
폭력	4	폭력, 성폭력, 십대 성매매
사회 안전	3	사회 안전, 도로교통법, 소방검사
학교 안전	3	학교 안전, 학교 환경, 학생 안전
기업	2	기업의 사적 이윤
의약품	2	마약, 의약품 불법 유통
기타	6	건강위해요소, 생명 위협, 식수안전, 고문, 청소년 건강보호, 주거공간 안전

표 44. 건강권 세부권리 중 Nickel 분류상 적정절차의 권리 내용

범주	논문 수	구체적 내용
의료사고, 의료과오, 의료분쟁	16	의료사고(손해배상, 국가배상청구권, 피해구제제도, 권리 침해 신속 보상 제도, 무과실보상원칙 등), 의료분쟁(해결기구, 해결제도, 피해구제제도, 사법적·비사법적 제도, 무과실책임 배상제도, 의료분쟁조정법 등), 의료과오(책임, 손해배상)
의료행위	9	무면허 의료행위(형사적 규율, 금지, 처벌규정 개선, 규제), 의료행위(규제, 유효성·유용성 인정되는 비의료인 행위 인정하는 법령 개정, 구체적 행위 중심의 의료행위 규율체계)
노동	6	건강권 제한·침해 금지 국가 입법·행정 조치, 증거편재 해결과 의학적 인과관계 증명책임 전환, 사내하청 관련 원청사업주 법적 책임 강화, 유해위험작업 직접고용 원칙 법제화, 산재보험의 협소한 인정기준·청구절차·승인절차 개선 등
기본권 제한	5	시라쿠사 원칙, 기본권 제한 시 헌법 제37조2항에 따라 법률로써 제한, 흡연권 제한 시 엄격한 위헌심사 기준 마련, 전염성질환 감염 시 인권과 건강권 침해 대책
환경	5	인권 이행 메커니즘 통한 환경보호, 기후변화 관련 인권 책임 메커니즘 강화, 불법적 환경 위해 행위에 대한 소송제기권, 소음피해 보상, 석면피해구제법
식품	4	GMO 관련 규정 개정과 손해배상 명문화, 건강기능식품 판매자의 복약지도 권한과 내용 명문화 및 소비자보호 관련 법과 제도 강화, 먹거리 안전사고 구제책, 식품범죄 사전 예방 방안과 식품사범 제재 체계 개선
의료광고	3	직접적 개인 피해 구제 시스템, 기사성 광고 규제, 의료광고의 사후규제
수입쇠고기	2	광우병 피해구제제도, 한미 FTA 발효 대비 입법·사법행위
출입국관리	2	외국인 HIV/AIDS 신분자에 대한 출입국 제한 폐지와 HIV/AIDS 관련 포괄적 다자조약 체결, 이주아동의 교육·의료 분야 접근 허용 위한 출입국관리법 개정
기타	13	건강권의 재판회부가능성, 건강영향평가, 국가인권규범의 한국 비준, 의료폐기물 처리 공개 규정, 의료법의 포괄적 위임최소화, 이식장기 제한과 기증자의 수증자 선정 제한, 재생산권의 법적 근거 마련, 조영제 부작용의 법적 책임, 진단서 교부의무 정당이유 조항, 차별금지법의 정밀적 손해배상제도 도입, 체세포복제배아줄기세포 연구 허용 유보 등

표 45. 건강권 세부권리 중 Nickel 분류상 평등권의 내용

분야	논문 수	구체적 내용
의료	30	의료서비스(교정시설과 사회일반 수준), 의료이용(계층, 의료 급여 환자, 재산·지위 등), 의료 접근(의료 접근, 이주민 체류지위, 사회경제적 지위 등), 의료제공, 의료혜택(국민, 환자), 의료권(이주노동자, 내외국인 여부), 건강검진(장애 여부), 치료(경제적 조건), 2차 진료(외국인노동자 법적 지위), 간호(HIV 감염인의 성별·나이·종교·신분·경제적 사정 등), 건강보장(경제적 부담), 건강보험, 의료정책(사회적 형평성), 의료자원, 의료기관에서의 차별금지(HIV 감염인, 노숙인) 등
보건의료	18	보건소(이주노동자의 신분), 보건행정 배분(재원 형평성), 자원(개인 신분이나 재산, 수직적 형평성, 질환별 형평성), 건강관리(외국인노동자의 내국인과 동일 수준, 지역적·지역적·경제적·사회적 평등), 제도적 차별(사회적 약자), 보건 의료서비스(장애여성, 노숙인), 산업구강보건(고용형태나 경제 상태), 에이즈·질병 검사(성노동자) 등
일반	9	노인은 생산성 측면 아닌 인권 차원의 접근, 아이 없거나 입양한 가족의 사회문화적 차별과 낙인 관련 대응, 여성 건강 구성하는 불평등·차별·억압 취급, 장애인 편견 없이 더불어 살아가는 삶, 비차별·평등, 차별금지법, 평등권
건강권	8	미등록 이주노동자, 소수자(인종, 출신국가, 젠더), 장애여성(배제와 차별), 청소년(반외모지상주의), 건설업 노동자, 사회적 약자, HIV 감염인
건강 평등	불 5	아동의 건강형평성, 장애인·비장애인 간 및 장애인 집단 내 건강불평등, 지적장애인 건강격차, 건강불평등, 지적장애인의 지적 장애로 인한 불평등
노동	2	건설업 노동자의 노동권, 안전하고 쾌적한 직업 및 환경
기타	3	건강한 환경(이주노동자), 사회보장(사회적 약자), 교육(이주 아동)

표 46. 건강권 세부권리 중 Nickel 분류상 특정 집단 권리(국민 포함)의 내용

논문 수	특정 집단 권리(국민 포함)의 내용
169개	국민
37개	노동자
34개	환자
31개	여성
28개	이주민
각 20개	빈곤층, 아동청소년
16개	장애인
13개	주민
11개	수용자
9개	북한
8개	시민
각 6개	노인, 취약계층
5개	사회적 약자(소수자)
각 4개	소비자, 소외계층, 의료급여 수급권자
각 3개	노숙인, 청구인(진정인), 학교인구
각 2개	민중, 서민, 지역사회, 타인, 비흡연자, 성노동자
각 1개	가입자, 강원도 도민, 개인, 거의 전 계급, 거주자, 급식대상자, 남북한 주민, 통일 후 주민, 당사국, 수혜국, 자국, 모성, 미국인, 미래세대, 보건시스템이 취약한 국가의 국민, 보행자, 비감염인, 사업주나 공공기관에서의 대상자, 생식세포 제공자, 소도시 거주 국민, 송전철탑과 고압송전선로 인근 주민, 시술자, 식물인간, 요보호대상 임산부, 유족, 이누이트, 임산부, 잠재적 감염자, 장기이식 수여자, 조영검사 피검사, 쪽방주민, 캐나다 주민, 타국 국민, 피해자, 흡연자

표 47. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 Nickel의 분류 기준에 따른 건강권의 세부 권리 내용 현황

(단위: %)

니켈의 분류 기준	건강권 세부권리 내용이 언급된 39개의 ‘2013 건강권 서울시민회의’ 분석자료 대비 비율	건강권 세부권리 내용이 언급된 351개 논문 대비 비율
안전권	2.5	25.4
적정절차의 권리	2.5	18.5
자유권	40.0	25.9
참정권	5.0	9.1
평등권	17.5	19.1
사회권	80.0	82.1
특별 집단의 권리	52.5	90.3 64.4 (국민 제외)

표 48. ‘2013 건강권 서울시민회의’의 개별 분석 자료에서 Nickel의 분류 기준에 따른 건강권의 세부권리 내용의 구성

Nickel 분류 기준에 따른 개별 분석 자료의 건강권 세부권리	분석 자료 40개 대비 비율 (%)
사회권, 특별 집단 권리	27.5
사회권	20.0
자유권	17.5
자유권, 사회권, 특별 집단 권리	12.5
평등권, 사회권, 특별 집단 권리	7.5
평등권, 자유권, 사회권	5.0
안전권, 적정절차의 권리, 평등권, 참정권, 자유권, 사회권, 특별 집단 권리	2.5
참정권, 사회권, 특별 집단 권리	2.5
평등권, 자유권, 사회권, 특별 집단 권리	2.5

표 49. 17개 건강권 논문의 논문명과 건강권 세부권리 내용이 문제인 이유

문헌 번호	논문명	건강권 세부권리 내용이 문제인 이유
006	국민건강관리정책의 평가와 발전방안 -가입자와 건강보험공단 직원의 인식도조사를 바탕으로	영리 추구하는 민간 영역 역할 인정(건강권 보장 위해 민간 영역이 공공 영역 보완)
028	장애인차별금지법의 실효성 확보방안	영리 추구하는 민간 영역 역할 인정(건강권 보장 위해 민간 영역이 공공 영역 보완)
060	의약분업 하에서 셀프메디케이션 활성화 위한 약사의 역할	교환관계에서의 개인 선택·결정에 주목
080	의료시장 개방과 동북아 의료료 허브 전략에 관한 발전방안 연구	영리 추구하는 민간 영역 역할 인정(민영화 위한 대비·보완으로서 공공 영역의 건강권 보장)
098	보건의료이용의 활성화 영향요인	영리 추구하는 민간 영역 역할 인정(건강권 보장 위한 공공과 민간(양질의 서비스)의 역할 분담)
114	의료민영화 논쟁과 의료공공성 확보 - 영리병원 설립 중심으로	영리 추구하는 민간 영역 역할 인정(민영화 위한 대비·보완으로서 공공 영역의 건강권 보장)
194	의료법인 세제에 관한 합리적 개편	영리 추구하는 민간 영역 역할 인정(건강권 보장 위한 공공과 민간(양질의 서비스)의 역할 분담)
217	국민의 보건권에 관한 현재의 최근 결정	의료인의 권리(기본권) 강조
271	보건의료서비스산업발전과 응급의료체계확충	영리 추구하는 민간 영역 역할 인정(시장원리와 함께 건강권 추구)
281	의약품 처방 규제 관련 정책의 문제점 및 향후 과제: 의약품 사용평가 제도를 중심으로	의료인의 권리(선택의 자유, 재량권) 강조
289	의료광고 사전심의제도에 대한 법적 고찰	규제 완화
299	지방정부의 규제완화 정책에 대한 주민의 수용 요인 분석: 제주도 영리의료법인 도입 추진 사례	영리 추구하는 민간 영역 역할 인정(민영화 위한 대비·보완으로서 공공 영역의 건강권 보장)
303	의약품의 분류에 따른 약사의 주의의무와 일반의약품 약국외 판매(OTC 판매)의 허용가능성	규제 완화
319	의료법상 환자유인행위와 의료광고의 관계에 관한 일별: 대법원 2012. 9. 13 선고 2010 도 1763 판결	영리 추구하는 민간 영역 역할 인정(시장원리와 함께 건강권 추구)
352	대법원 판결-대형병원의 요양급여기준 외 치료행위 인정 요건	규제 완화, 교환관계에서의 개인 선택·결정에 주목
373_11	의료행위와 기본권: 헌법 해석적 접근	교환관계에서의 개인 선택·결정에 주목
373_14	보건의료 분야 투자활성화 대책에 대한 헌법적 고찰 - 의료법인의 부대사업 확대 및 자법인 설립 허용을 중심으로	영리 추구하는 민간 영역 역할 인정(민영화 위한 대비·보완으로서 공공 영역의 건강권 보장)

표 50. 17개 건강권 논문의 논란의 여지가 있는 건강권 세부권리 내용

문헌 번호	Rumbold 분류 기준							Nickel의 7가지 분류 기준
	권리 유형*	청구권 내용						
		실체 요구				절차 요구		
		상태	건강 관련 프로그램			우선 순위	제 도	
충분성	목록화		결정규칙					
006	가	x	x	O	x	x	O	자유권, 참정권, 사회권, 특별 집단 권리
028	나	x	x	O	x	x	x	사회권, 특별 집단 권리
060	가	x	x	O	x	x	x	자유권, 사회권, 특별 집단 권리
080	가	x	x	O	x	x	x	자유권, 사회권, 특별 집단 권리
098	나	x	x	O	x	x	x	사회권, 특별 집단 권리
114	나	x	O	O	x	O	x	사회권, 특별 집단 권리
194	나	x	x	O	x	x	x	사회권, 특별 집단 권리
217	나	x	x	O	x	x	x	적정절차의 권리, 사회권, 특별 집단 권리
271	나	x	O	O	x	x	x	사회권, 특별 집단 권리
281	가	x	x	O	x	x	x	자유권, 사회권, 특별 집단 권리
289	나	x	x	O	x	x	x	적정절차의 권리, 특별 집단 권리
299	나	x	x	O	x	x	x	사회권, 특별 집단 권리
303	나	x	x	O	x	x	x	사회권, 특별 집단 권리
319	나	x	x	O	x	x	x	적정절차의 권리, 특별 집단 권리
352	가	x	O	O	x	x	x	자유권, 사회권, 특별 집단 권리
373_11	가	x	x	O	x	x	x	적정절차의 권리, 자유권, 특별 집단 권리
373_14	나	x	O	O	x	O	x	평등권, 사회권, 특별 집단 권리

*권리 유형에서 ‘가’는 자유권 & 적극적 청구권, ‘나’는 적극적 청구권을 의미함

표 51. 건강권의 작동방식 중 ‘평등과 비차별’을 언급한 논문의 구체적 내용

대상	평등·비차별의 내용
건강	<ul style="list-style-type: none"> 건강 형평성 추구 성별, 인종, 계층 간 건강불평등 감소
건강 + 건강권	<ul style="list-style-type: none"> 건강형평성 추구, 건강불평등 감소 지적 장애, 사회적 지위·신분, 성별, 나이, 종교, 경제 사정 등에 따른 차별금지
건강 + 보건의료	<ul style="list-style-type: none"> 국민 건강에 대한 국가 보호*, 건강불평등 완화 국민의 공평한 보건의료*, 의료양극화 개선
건강권	<ul style="list-style-type: none"> 결혼이주여성, 노동자, 노숙인, 수용자, 여성, 청소년, 외국인, 외국인노동자, 장애인, 정신장애인, 저소득 아동에 대한 평등 대우와 비차별 고용형태, 성별, 연령, 언어, 국적, 사회적 신분, 인종, 피부색, 출생, 정치적·사회적 지위, 종교, 정치신념, 소득, 자산, 경제적·사회적 조건, 체류자격, 국적, 민족, 장애(유형·정도), 사회적 기여도, 질환, 특정 건강상태 등에 따른 차별금지 모든 국민 아닌 모든 사람이 건강권의 주체 모든 국민의 기본권*
건강권 + 보건의료	<ul style="list-style-type: none"> 노숙인, 미등록이주민, 이주노동자, 여성노동자, 지방자치단체 간, 수용자, 사회적 약자, 군인에 대한 평등 대우와 비차별 사회적 신분·지위, 빈부차이, 계층에 따른 차별금지 모든 건강보험제도 적용인구에게 평등한 급여 보장* 모든 국민에게 양질의 보건의료 공평하게 제공*
보건의료	<ul style="list-style-type: none"> 이주노동자, 수용자에게 평등 대우와 차별금지 국적, 지역, 경제, 사회, 분야, 체류자격에 따른 차별금지 만인, 모든 사람에게 보건의료 보장 모든 국민에게 형평적, 평등하게, 차별 없이 보건의료 보장* 건강보험의 모든 수급자에게 평등한 진료 보장*
보건의료 + 건강 결정요소	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료, 건강 결정요소, 이의 획득 수단과 자격에 있어서 차별금지
재생산 관련	<ul style="list-style-type: none"> 누구나 안전한 낙태를 받을 수 있는 권리 향유 임신과 출산 관련 급여에서 비차별 여성의 재생산 권리는 혼인여부, 연령, 성적 기호와 무관하게 성적 자유 가질 수 있는 인권 보장 포함

*평등대우와 차별금지 논의를 국민이나 건강보험 수급자에 한정함으로써 의도하지 않게 논란의 여지가 있음, 특히 평등대우와 차별금지의 대상이 보건의료인 경우 언급된 논문 수가 총 6개로 다른 대상의 경우 1~2개인 데 비해 많게 나타났음

표 52. 건강권의 작동방식 중 ‘참여’를 언급한 논문의 구체적 내용

참여 부문	참여 방법	참여 인구집단
건강	건강권	지역사회, 지역주민
	의사결정	건강권 당사자, 국민, 대중, 지역사회, 취약집단
	운동	소수자, 시민, 환자
노동 건강	의사결정	노동자, 노동조합, 비정규노동자와 관련 대표, 한국노총
	운동	노동조합 간부 및 활동가, 비정규노동자, 산재노동자, 전문가, 확대된 회원, 활동가
	의사결정, 실행	노동자, 한국노총
빈곤아동 건강	건강권	주민
아동·청소년 건강	운동	주부
여성 건강	건강권	여성
여성노동자 건강	운동	여성노동자
한부모 여성가장 건강	실행	한부모 여성가장
장애인 건강	건강권	장애인
지역주민 건강	운동, 실행	보건의료인, 주민
보건의료	보건권	지방자치단체 주민, 지방 연구 및 학술기관
	의사결정	개인, 공공의료기관 노동자, 국민, 노동자, 농민, 민중, 민중조직, 사회적 약자, 시민, 지역주민, 주민, 취약집단 포함 모든 관련자들
	실행	지역주민, 건강주체
	운동	주민
	평가	의사, 환자, 시민, 정부
	의사결정, 실행	시민, 지역사회, 환자, 간호대상자
	실행, 운동	이주노동자, 의료기관
환경보건	의사결정	주민
의약품	운동	활동가, 노동자, 농민, 소수자, 노인, 청소년, 아동, 여성
생명과학기술	의사결정	여성
식품	운동	비정치적 단체, 주부카페, 여성
건강과 보건의료	건강권	다양한 주체들
	운동	지역주민, 환자
	의사결정	지역주민

표 53. 건강권의 작동방식 중 ‘모니터링과 평가’를 언급한 논문의 구체적 내용

영역	내용	상세 내용
노동 건강		
정부 정책과 산재다발 사업장	방법	노동자건강권 운동
원청 사업주의 산재예방 책임	방법	정부의 감시·감독
정책	방법	정부·자본의 정책에 대한 비판
다문화 가족 건강		
다문화 가족 건강	필요성	모니터링·평가의 필요성 언급
건강권		
건강권	기준	AAAQ, 참여, 국제적 지원·협조, 감시와 평가 등에 대한 지표
	방법	예산분석, 건강영향평가, 보건주권의 민중네트워크 건설, 각종 사회 및 보건 의료 지표 생산 과정에 건강권 관련 지표 의무적 포함과 이들 지표의 정기적 발표·모니터링 체계 구축, 행위·수행·결과에 대한 감시, 정부의 포괄적 건강권 보장계획 마련 여부, 정부 이행의 지속적 모니터링 지표 도입
	제도	UN 건강권에 대한 특별보고관 제도, 사회권위원회
	필요성	모니터링·평가의 필요성 언급
특정 인구집단의 건강권		
노숙인	방법	의료기관 감독 강화
수용자	제도	UN 피구금자 처우에 관한 최저기준규칙에 의해 5년마다 UN 사무국 조사 실시
몽골 아동	필요성	모니터링·평가의 필요성 언급
보건의료		
보건의료분야 인권 실태	기준	세계보건기구의 ‘보건의료분야 인권 실태 모니터 지표 및 기준’
의료보장체계	기준	지표
공공의료기관의 역할	기준	의료개혁(형평성, 국가책임성, 질 향상, 효율성 등), 공공의료기관(지역사회 주민에게 필요한 서비스 제공 여부)
사무직 여성노동자 근골격계질환 발생 감소	기준	성평등
보건의료분야 인권 실태	방법	성인지적, 인권 민감도가 높은 보건의료통계 생성
보건복지행정, 보건복지 제도·서비스, 의료급여제도, 중앙의료급여심의위원회 구성, 의료	방법	지역사회 운동, 연대운동, 주민운동

영역	내용	상세 내용
급여법 시행, 지역 내 보건정책, 보건복지 관련 의회활동과 예산		
보건의료자원, 보건의료정책수립의 기초 정보	방법	국민보건의료실태조사
일본 노인의료 유료화와 노동자 부담 증대	방법	재판
보건의료 정책의 수립·시행	방법	헌법적 차원에서 그 정당성 평가(건강권 보장과 사회국가원리 구현 관점의 평가)
의료기관 서비스, 의료법 개정의 효과, 정부·공공·민간기관의 보건의료 활동, 보건의료 정책의 수립·시행	필요성	모니터링·평가의 필요성 언급
사회권		
사회권	제도	사회권규약의 이행감독장치: 정부보고서 제출 및 검토와 개인청원(통보) 제도
식품		
유전자변형식품 대상 법 규범	필요성	모니터링·평가의 필요성 언급
환경 보건		
환경 관리 및 안전 관리 사항, 선하지 및 송전선로 인접주민들의 피해	필요성	모니터링·평가의 필요성 언급
환경 관리 및 안전 관리 사항	방법	정보공개, 검증, 평가, 모니터, 대안 모색

표 54. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동 중 운동 소개 내용

건강권 내용	제3자	운동 소개
개인 건강권	소비자운동	개인의 건강권 주장이 소비자운동에 영향 주고 환자들은 의료 참여 요구
개인적 차원 아닌 공공적 차원의 건강권	지역 시민사회(성남 시민의 결사체들)	성남시립병원 건립 위한 조례제정운동
국민 건강권	보건의료노조	병원개혁, 의료개혁 투쟁
국민, 빈곤층, 주민의 건강권	시민사회진영	건강보험제도 개혁 연대활동, 빈곤층 건강권 확보 위한 연대활동, 지역보건 사업 등 운동
시민들의 건강권	인천불소시민모임	불소화운동 추진
어린이 건강권	동남생협, 참교육학부모회 광주지부	학교급식운동, 학교 앞 유해식품추방운동
여성노동자 건강권	노동조합, 정당, 단체의 서비스유통분야 사업장, 민주노총 취약분과	건강권 인식 전환·확산, 여성노동자 건강권 문제제기, ‘의자농기’ 캠페인, 사업주 대책마련, 노동부의 사업주 감독 촉구 등
여성의 신체권과 재생산건강권	1960-70년대 서구 여성건강운동	여성 신체권과 재생산건강권의 인지에 기여함으로써 재생산권리 발전
유통서비스 여성노동자 건강권	민간서비스연맹	의자캠페인, 영업시간 제한 및 정기휴점제 시행 요구 운동
이주민 건강권	유럽 시민사회	정보권, 이주민 언어제공 및 문화적으로 민감한 의료서비스 제공 등 제기
인간의 보편적 건강권과 생명권	독일 시민사회	스스로 지배권력화된 현대과학기술로부터 건강권과 생명권 지켜내야 한다는 책임 의식에 의한 반원전운동과 생태주의적 환경운동
지역주민, 빈곤층의 건강권	지역사회 주민운동	의료보장·기초생활보장·건강교육 등의 활동, 의정감시활동, 지역보건의료네트워크 구축, 제도 개혁, 연대 활동
치료받을 권리, 건강할 권리	각국 에이즈감염인 공동체, 운동단체, 다양한 국적의 국제단체 활동가들, 80년대 민주화운동 마지막 세대 등	의약품 접근권 운동
환자 건강권	시민단체	글리백 가격인하와 강제실시 요구, 노바티스와 정부에 맞서 시민운동 전개

표 55. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에서 제3자의 존재 소개 내용

건강권 내용	제3자	존재 소개
건강권	유엔 건강권 특별보고관 건강연대	건강권과 동 권리에 관련된 각국 상황 등의 조사·보고 임무 시민, 사회, 노동단체가 ‘건강권’이라는 목표로 연대한 국내 최초의 연대조직
보건권	의사, 정치영역의 행정관료, 보험자, 의료인단체, 의료소비자단체 등	보건권의 실현 주체
헌법 제36조 3항	공무 수탁인	헌법 제36조 3항은 보건의 있어서 국가(기본권 보호 의무 주체), 공무 수탁인(기본권 객체), 국민(기본권 주체)의 법적 지위 설정
민중 건강권	참의료실현청년한의사회(한의사 단체)	민중 건강권 확보 노력으로 의료혜택 받지 못하는 사람과 함께 하려는 시도, FTA 반대와 의료민영화 반대 활동, 건강보험 보장 강화, 의료공공성 회복 운동 등 수행
이주노동자 건강권	사단법인 국제민간교류협회(前, 희년의료공제회), 사단법인 한국이주민건강협회(前, 외국인노동자의료공제회), 외국인노동자 전용의원	이주노동자 진료 등 민간 차원의 지원활동 전개
이주노동자 건강권	외국인노동자의료공제회	이주노동자의 건강권과 인권 보호 목표로 설립

표 56. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에서 인식 현실 소개 내용

건강권 내용	제3자	인식 현실 소개
건강권	비법조인들, 사회 구성원들	건강권과 인권은 법조인들끼리 만드는 자의적 결정의 산물이 아니라 비법조인들과 사회적 구성원들이 모두 함께 만들어가는 살아 있는 개념임
건강권	의료계, 학계, 우리 사회	1980년대와 1990년대 의료보험 통합논쟁 과정에서 건강권은 의료계와 학계의 초미의 관심사였음, 건강권에 대한 우리 사회와 정부의 이해 수준이 기본권리로서 건강권 보장 가능
건강권 및 의료접근권	미국 보수세력	의료접근권 보장이 아니라 개인의 의료선택권을 국가가 간섭하지 않도록 국가 권력에 제재를 가하는 것이 헌법에 근거한 건강권의 적법한 해석이라는 주장을 하는 의식이 강함
국민 건강권	의사협회	원격진료제도에 대해 그동안 국민 건강권 침해와 오진 위험성 등을 지적하며 반대해 온 의사협회가 사실상 정부의 원격진료 도입에 합의함으로써 반대주장이 무색해짐
노동자 건강권	사용자	노동자 건강권을 이윤추구의 걸림돌로 여기는 사용자들의 인식이 문제 개선을 더욱 어렵게 만들기도 함

표 57. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에서 활동 소개 내용

건강권 내용	제3자	활동 소개
건강권	국제기구(세계보건기구, 국제연맹, 국제노동기구, 유엔 건강권 특별보고관 등), NPOs	건강권 보장에 상당한 역할을 함
	시민운동(국제 NGO운동, 변호사들의 법적 투쟁)	다국적 제약회사와 선진국 위협에 맞서 투쟁함
	건강권을 둘러싼 지식인, 보건의료인연대회의, 건강정책포럼	정책적 활동, 대선 시 보건의료정책 비교 활동 등
국민 건강권	건강연대	보건의료운동 중심체로 역할, 실질적 전망 형성·확보 노력
	농민단체	한미 FTA 저지 투쟁
노동자 건강권	미국 ‘산타클라라 노동안전보건센터’, ‘실리콘밸리 독성물질 방지연합’, ‘기술의 사회적 책임을 위한 국제운동’, 영국 스코틀랜드 ‘페이즈 투’	생식독성 문제제기 등 관련 활동
	한국노총	산업보건안전 활동가 양성
	민주노총, 노동운동진영	건강권 투쟁 의미 공유와 사회적 의제화, 정부와 자본의 정책에 대한 비판, 정책 제시
비정규노동자 건강권	한국비정규노동센터, 노동환경건강연구소	비정규노동자 건강권 문제의 사회적 공론화와 전파 노력, 비정규노동자 건강권에 관한 연재물 기획
영세사업장 노동자 건강권	노동건강연대 웅산지역 지역 노동조합	성수동 식구 프로젝트 유해물질 정보제공 사업, ‘발암물질 없는 안전한 세척제 대체노력 지원 조례 제정을 위한 연대회의 준비모임’ 진행 등
은행노동자, 노동자 건강권	한국노총	실태조사, 건강권 문제 이슈화, 산업안전보건법 개정 추진 근거 마련, 운동 방향 공유, 조직적 결의, 인식 제공 등
노동자, 지역주민 건강권	구로건강복지센터	소외계층 지원, 복지서비스 모니터링, 건강교실, 보건복지 행정 감시, 제도 개선 등 활동
이주노동자 건강권	종교단체, 시민단체 등 NGOs 종교단체, 의료단체	국내 이주노동자들에게 의료권 보장 외국인 무료진료사업

건강권 내용	제3자	활동 소개
미등록 외국인노동자 건강권	무료진료 제공 단체, 조직, 자원봉사자, 외국인노동자의료공제조합 의료공제회(외국인 근로자, 협력 의료기관, 협력 상담소)	무료진료 제공, 의료비 지원 활동 등 미등록 외국인근로자의 최소한의 의료문제 해결(의료서비스 제공, 의료비 할인)
이주아동 권리 (미등록 이주아동 포함)	이주아동 합법체류보장촉구연대	입원·수술비 지원, 무료진료기관 이용 어려움 해결, 이주아동권리보장 위한 시민행동 조직, 입법 촉구, 국회 공청회 개최 등
아동, 의료소외계층, 장애인, 사회적약자 건강권	구로건강복지센터	아동지원사업의 후원결연 활동, 의료소외계층 건강지원사업, 장애인치과 진료사업 등 활동
여성 재생산 건강권	선진국 사례	피임과 낙태 정책에서 여성을 주체로 하여 여성 재생산 건강권 보장 위한 논의 수행
한부모 여성가장 건강권	민간 차원에서 아름다운 재단의 '한부모 여성가장 건강권 지원사업', 여성재단의 '엄마에게 희망을'	저소득 한부모 여성가장의 건강문제 관심, 예방과 치료 지원
의료급여수급권자, 저소득층, 사회적약자의 건강권	의료계, 시민사회계 시민, 의약 관련 단체, 시민단체	개약된 의료급여제도에 대한 반대, 개정 철회 요구 운동 지속 의료급여재정 절감 대책 및 의료관리사의 처우에 대한 문제 해결과 제도 개선 요구, 국가인권위에 긴급구제신청 요청
의료소비자 건강권	모든 병원	대기시간 단축 활동
환자 건강권	의료인, 전문가 집단, 병원	환자권리선언 구상

표 58. 제3자의 건강권 인식과 관련 활동에서 필요성 주장 내용

건강권 내용	제3자	필요성 주장 내용
건강권	의료공급자	환자에게 보건의료서비스 과정에서의 권리가 있음을 인지해야 함
	활동가	권리 침해 문제를 자각하여 함께 목소리 내야 함
	전문적 의료인, 보건의료 정책결정자	건강에 대한 권리의식이 제기하는 건강 문제에 대한 열린 자세의 적극적 대처 필요
국민, 소수자 건강권	건강연대	건강권 운동의 대중화 노력 필요, 시민·사회·농민·노동의 참여와 사회전반의 개혁 활동, 연대활동 필요
노동자 건강권	자본	자본의 책임의식 필요
	원청사업주	원청사업주의 법적 책임, 유해·위험 작업의 직접고용 법제화
	민주노총	보건의료운동, 환경운동, 인권운동, 제반 시민사회운동과 연대 구축 필요, 노동자건강권운동의 성격과 위상에 대한 인식과 구체적 활동의 전망 수립 필요
	사용자, 사업주	건강문제 해결에 적극 협력, 근로자 건강권 확보·보장 필요
	노동자건강권 운동	과거 노동안전보건운동 패러다임 벗어나 노동자건강권 운동 필요, 이에 기초해 가능한 지역부터 연대 활동과 노동자건강권 문제의식 확장 필요
	노동조합, 산별노조나 연맹 차원	산재사망과 직업성 암 예방 위한 노동자 조직, 위험실태조사, 사회 이슈화 노력 필요
	건설업노동자 건강권	산업차원 관심과 해결 노력 필요
	이주노동자 건강권	인권과 건강권 교육프로그램 받을 필요
	의료공제회 등 민간기관	외국인근로자의 최소한의 건강권 위한 의료서비스 활동 지원
	우리 사회, 모두	이주노동자 건강문제를 인권의 하나인 건강권으로 이해하고 이주노동자의 건강권을 보편인권으로 수용하는 사회적 합의와 노력 필요
수용자 건강권	국민	지속적 관심

건강권 내용	제3자	필요성 주장 내용
여성 건강권	민우회	여성 건강권 개념 자체를 의료화된 개념에 한정하지 않고 확장, 생활 속의 의료와 과학기술 문제에 대해 보다 적극적인 확장, 부문 간 소통과 협력 추진 필요
	사회, 의료현장	불임시술 과정이나 황우석 사태 속에서 여성 건강권을 경시·무시했던 관행 등의 반성과 변화 필요
	여성운동	남성의 금연, 여성의 금연이 중요 과제여야 함
장애여성 건강권	사회의 편견과 혐오	통합적인 관점이 필요
청소년노동자 건강권	지역 네트워크(지역 단체, 학교, 해당 관청의 연계)	일상적 상담활동, 노동인권교육, 청소년 노동 실태 파악, 해결방안 모색 등
환자 건강권	의료인	환자의 건강권 내지 의료행위의 실질적 자세에 대한 새로운 인식과 교육 필요, 환자 권리 보호와 적정 의료 공급 위한 자발적 노력 필요
건강보험가입자 건강권	공보험자	건강보험 가입자 건강권 확보를 위한 지원 역할과 정책 기능 수행 필요
대상자 건강권	사업주, 고용기관	사업주나 고용기관에서 대상자의 건강권을 인식해야 함
보건인력 제공 국가의 국민 보건권	보건인력, 중개모집인, 고용인, 보건협회, 관련지역조직, 국제조직, NGOs	공격적인 의료인력 유출의 억제를 요구하는 윤리규약인 '보건인력의 국제모집행위에 관한 진 지구적 윤리규약'에 바탕한 정책과 법의 실행 필요

표 59. 개별 논문 측면에서 접근성의 네 가지 하위 개념의 구성

개별 논문에서 접근성의 하위 개념의 구성	논문 수
하위 개념 언급 없이 포괄적으로 접근성 언급	29
비차별	17
물리적 접근성	3
경제적 접근성	18
정보 접근성	0
비차별, 물리적 접근성	3
비차별, 경제적 접근성	20
비차별, 정보 접근성	4
물리적 접근성, 경제적 접근성	3
물리적 접근성, 정보 접근성	1
경제적 접근성, 정보 접근성	2
비차별, 물리적 접근성, 경제적 접근성	15
비차별, 경제적 접근성, 정보 접근성	2
물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성	1
비차별, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성	19
접근성에 대한 언급 부재	249

표 60. 개별 논문 측면에서 수용성의 세부 요소 구성

개별 논문에서 수용성의 세부 요소 구성	논문 수
세부 요소 언급 없이 포괄적으로 수용성 언급	10
의료윤리	0
문화	8
비밀존중	0
젠더	1
생애주기	1
당사자의 건강 상태 개선	3
의료윤리, 문화	1
문화, 비밀존중	2
문화, 젠더	3
문화, 당사자의 건강 상태 개선	5
젠더, 당사자의 건강 상태 개선	1
문화, 젠더, 생애주기	1
생애주기, 당사자의 건강 상태 개선	2
문화, 젠더, 당사자의 건강 상태 개선	3
문화, 젠더, 생애주기	1
의료윤리, 문화, 비밀존중, 생애주기	1
의료윤리, 문화, 젠더, 당사자의 건강 상태 개선	1
의료윤리, 문화, 비밀존중, 젠더, 생애주기, 당사자의 건강 상태 개선	5
수용성에 대한 언급 부재	339

표 61. 건강권 실현을 위한 지표의 필요성을 언급한 논문의 구체적 내용

분야	구체적 내용
건강권	<p>건강권 측정지표는 건강권 의무나 기준의 달성 정도를 판단할 수 있는 신호, 현재 상황을 보여주고 추세 확인에 효과적, 직접 측정하기 어려운 건강권 요소 도출 위해 중요한 대체물, 건강권 측정 지표 연구 필요</p> <p>국가 차원의 건강권 포괄적 보장계획에 대한 모니터링, 진전 정도 측정 필요</p>
사회권으로서 건강권	<p>사회권으로서의 건강권의 실효성을 높이기 위해 그것의 지표화, 모니터링, 평가 필요</p>
건강불평등	<p>[지적장애인] 지적 장애 없는 집단과 지적 장애 있는 집단의 건강상 차이 비교 가능한 기준점 마련 위해 건강지표 개발 필요, 건강지표는 건강격차 해소 위한 개입의 토대, 건강감시체계의 핵심적 부분, 발달장애인 건강권 확보 가능 수단으로서 의미</p>
보건의료	<p>건강권을 보장하는 보건의료정책 개발 위해 보건의료 분야 인권 실태 모니터링 하는 지표와 기준 포함 필요</p> <p>국가의 건강권 실현 여부 판단을 위해 포괄적인 보건의료체계발전 위한 계획에 대한 지표와 척도 필요</p> <p>건강권 보장 원칙을 구현할 수 있는 지표를 규정하여 남북한 의료보장제도의 비교 기준, 모형 개발 지침, 건강권 확보 수준 확인 기준으로 활용 가능</p>

표 62. 건강권 지표의 유형과 무관하게 언급된 건강권 지표의 구체적 목록

개별 국가의 건강권 이행수준

- 최고수준의 건강에 대한 인식, 차별철폐, 보건관련 정보, 국가적 보건계획, 참여도, 잠재요인(깨끗한 물 접근가능성, 탄소배출량, 여성에 대한 폭력), 건강서비스 접근성, 의약품, 보건의료 지식, 보건의료 종사자, 국가적 재정지원, 국제적 지원협조, 추가적 안전장치, 건강권 정책과 교육에 대한 인식, 감시와 평가, 책임과 배상

건강권 관련 예산 분석 분야

- 보건 및 예방 서비스에 사용된 자금의 충분성(예, 보건 부분 자금의 WHO 권고 목표액 달성 여부)
- 보건부문 자금의 배분 방식(예, 핵심 의무 이행 중심의 자금 지출 여부)
- 시계열 분석(예, 건강권의 점진적 이행 여부)

사회권적 건강권 분야

- 건강보장 사각지대 인구비율(보험료 체납, 불법체류 등)

사회복지 접근 분야

- 건강보험, 보건의료서비스, 신체재활

건강권 보장 위한 보건의료정책의 정책목표 실현의 충실도 평가

- 의료권 보장을 위한 법과 제도

지적장애인 건강지표

- 사망률, 기대수명, 이환율, 역기능적 신체상태 등
- 건강격차 해소 위한 개입 토대: 건강상태, 건강행동, 활동, 보건의료의 질 등
- 발달장애인 관련 핵심지표: 건강영역(연간 신체검사완료비율, Pap검사비율, 정기적 구강검진비율, 건강열악자비율, 1차진료 의사비율, 시력검사자비율 등)

여성 경험 중심의 성별화된 세부지표

- 건강보험, 보건의료서비스, 신체재활
- 직장, 가정 스트레스: 스트레스 정도, 스트레스 요인
- 신체적 건강: 직장생활의 육체적 피곤, 현재 건강상태, 주요 증상별 빈도
- 가정폭력: 가정폭력 발생 빈도, 심각도, 대응방식
- 가족관계 및 대인관계 만족도: 지역의 생활환경, 여가시간의 양, 이웃관계, 친구관계, 부모관계, 시댁관계, 남편관계, 자녀관계

저소득층·미등록이주노동자 등의 건강권 보장 수준

- 의료급여 1종의 보장률, 의료급여 2종의 보장률, 3개월 이상 건강보험료 체납 현황, 미치료 및 치료지연율

표 63. 건강권 지표에 대한 기타 내용

건강권 지표 관련 비판

- 사회권적 건강권의 지표화에 대한 논의는 극히 제한적임, 이 지표와 자유권적 건강권 지표와의 통합 작업 필요
- 북한의 아동 건강권처럼 지표가 실태를 반영하지 못하거나 잘못 해석되는 경우 존재

건강권 지표화에 영향을 주는 요인

- 건강에서의 형평성 논의가 건강권 보장문제의 지표화에 영향
- 사회적 약자에 대한 저조한 관심이 지표화에도 영향 존재
- 국가 핵심의무와 지표의 밀접한 연관 존재

건강권 지표화에 반영할 필요가 있는 내용

- 의료보장제도 평가 기준은 건강권 개념 규정 후 세부 지표 구성 필요
- 여성의 특수성 반영 필요, 즉 여성주의적 성찰과 신자유주의적 노동시장 변화에 대한 이해의 병행 필요
- 지적·발달 장애인의 특수성 반영 필요
- 희귀·난치병환자의 특수성 반영 필요
- [사회권으로서 건강권] 보건의료 담론 넘어설 필요 존재

사회권과 건강권 관계

- 사회권의 5개 영역 중 하나인 건강권

건강권 연구와 건강권 지표의 관계

- 기존 건강권 연구의 2가지 부류는 건강권 측정지표 연구와 국가 의무 제공 위한 연구임
-

표 64. 건강권 벤치마크의 구체적 목록

헌법상 최소한의 보호수준으로 확보

- 소극적 건강권: 침해 직전까지
- 생존권적 건강보호의무: 헌법 제10조의 인간으로서의 존엄과 가치 존중까지
- 적극적 건강보호의무: 제34조 제1항 인간다운 생활 보장까지

WHO 권고

- 건강권 관련 예산에서 보건 부분의 자금: WHO 권고 목표액 달성 여부

UN 헌장 조항, MDG 목표치

- 의약품 접근권: HIV/AIDS와 관련된 UN 헌장의 여러 조항이나 새천년개발계획(MDG)에 목표치 명시

OECD 국가의 평균

- 건강지표(영아사망률, 남녀 출생시 기대수명, 결핵유병률 등), 건강보험 보장률, 소아 예방접종률, 노인 인플루엔자 예방접종률, 자궁경부암 검진율, 인구 1000명당 활동의사 수, 국민의료비 중 공공의료비 비중, 과부담의료비 지출가구 비율, 의료 미충족률: OECD 국가의 평균
- 산업재해율: 멕시코, 미국 포함한 OECD 국가의 평균

국제사회의 다른 국가와 비교

- 우리나라의 건강권 보장 수준(가용성과 용인가능성 측면에서 GDP 대비 총보건의료비, 총보건의료비 대비 공공보건의료비, 인구 1000명당 활동의사 수, 인구 천 명당 의료기관의 입원진료 병상 수: 국제사회의 다른 국가와 대비해 상당히 낮은 상황

문제별로 결정되는 기준

- 사회적 기본권으로서 건강권 보장수준: 단순한 획일적 기준에 의해 판단할 수 없고 특정한 사실적 급부의 긴절성, 당해 급부 제공으로 인한 다른 법익침해 또는 국가의 재정적 부담 등을 고려해서 문제되는 영역마다 결정해야 함

기타

- 의료급여제도의 개혁과제: 본인일부부담금제(1종 의료급여 수급권자) 폐지, 모든 의료비의 급여화, 의료급여 종별 차별폐지 등
-

표 65. 건강권 벤치마크에 대한 기타 내용

건강불평등 측면에서 건강권 벤치마크 관련 비판

- 이주자 건강권의 의의는 건강권 확보를 위한 최소한의 기준이 마련됨으로써 열악한 건강 상태의 이주자에게 '최저선' 이상의 권리 향유를 제시하지만 동시에 사회가 설정한 일정수준의 건강권 침해에 포함되지 않는 건강불평등 문제엔 침묵하는 경향 존재

건강권 벤치마크의 절대성 혹은 상대성 여부

- 사회권적 건강권 관련 지표 개발에서 보장되어야 할 건강권의 수준이 절대적 기준인지 아니면 상대적 기준인지 고려 필요

사회적 맥락에 따라 유동적인 건강권 벤치마크

- 1966년 사회권규약이 표명한 건강에 대한 최대주의적 지향성은 구체적 수준이 규정되지 않았음, 따라서 건강권의 기준은 해당 사회의 역사적·문화적 맥락, 경제적 조건에 따라 유동적으로 해석 가능

건강권 지표와 벤치마크의 관계

- 미국의 발달장애인 관련 핵심지표는 그들 대상 서비스 실행결과가 일정수준에 도달하도록 하기 위해 전국적인 벤치마킹을 목적으로 만들어진 지표

국가의 핵심의무와 벤치마크의 연관성

- 유엔 사회권위원회의 일반논평 14가 제시한 국가 핵심의무에는 진전 사항의 면밀한 감시 가능한 보건권의 지표와 기준 같은 방법이 포함
-

부록 4. 한국 사회의 건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계

표 66. 인권 원칙을 언급한 건강권 논문의 현황과 특성

인권 원칙	논문 수 (개)	전체 386개 건강권 논문 대비 비율 (%)	최초 언급 시기 (년)
보편성	41	10.6	2001
양도불가성	5	1.3	2003
불가분성	9	2.6	2003
상호의존성	9	2.3	2003
상호연관성	5	1.3	2003
평등성	21	5.4	2003
비차별	20	5.2	2006
참여	0	0	-
통합	0	0	-
책임성	0	0	-
법의 지배	2	0.5	2002
한 가지 이상 언급	54	14.0	2001

표 67. 건강권에 관한 국내 학술 논문에서 화제, 논문 유형, 저자 소속에 따른 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계 언급 현황

범주	논문 수	건강권과 여타 인권·권리 사이의 관계 언급
전체 건강권 논문	386개	256개 (66.3%)
기준1: 화제 (논문명)		
(특정) 건강권 존재	83개	50개 (60.2%)
(특정) 건강권 부재	303개	206개 (68.0%)
기준2: 논문 유형		
학위논문	157개	105개 (66.9%)
학술지논문	229개	151개 (65.9%)
기준3: 주요 저자 소속		
법	104개	95개 (91.3%)
보건	64개	33개 (51.6%)
사회복지	52개	31개 (59.6%)
의료	28개	18개 (64.3%)
노동	25개	9개 (36.0%)

표 68. 건강권 우선 관계의 논문 내 서술 사례

논문	논문 화제	건강권이 타 인권·권리에 우선하는 관계 서술 내용
008	TRIPs 협정	기본인권으로서 보건권은 지적재산권(특허권) 에 우선함
044	사회적 기본권의 법적 구조	인간의 존엄과 가치, 행복추구권(헌법 제10조)을 최고의 헌법 가치로 보고 환경권을 총합적 권리로 보면 생명권·보건권의 재산권·영업권 에 대한 우위성 인정 가능하다고 봄
068	무면허의료 행위 규제	환자의 생명권, 건강권, 인간의 존엄과 가치라는 보호법익은 무면허시술자의 직업선택의 자유나 행복추구권 과 비교할 수 없는 가치임
072	알레르기 식품표시제도	알레르기 식품표시제도는 식품사업자의 기본권(직업·직업선택·직업수행·영업의 자유)에 제한을 가하지만 식품소비자의 기본적인 기본권인 생명권과 건강권의 보장에 필수적임
078	헌법상 환경권의 실현방안	환경권의 사상적·이론적 배경으로 ①환경공유사상 ②생명권·보건권의 재산권·영업권 에 대한 우위론 ③산업우선주의를 지양한 인간존중주의 등을 들 수 있음
089	태국 에이즈 감염인의 의약품 접근권 운동	태국 에이즈치료제 담론 장에서 재판부는 전체 구성원의 건강권이 제약회사의 사적소유권 에 선행 강조함으로써 필요만으로 감염인의 약품에 대한 권리 주장 가능
123	병원사업에서의 필수유지업무제도	최상위 기본권인 생명권(건강권)과 인격적인 가치를 보장하기 위한 공익은 비생명권적·비인격적 가치를 보장하기 위한 사회적·경제적 기본권, 즉 단체행동권이나 재산권·영업권 보다 우선적으로 보호되어야 한다는 점이 필수유지업무제도의 전제사실로 인식되어야 할 것임
263	근로자의 건강권	현대법의 과제는 재산권 중심에서 생존권 중심 법체계의 방향 전환임, 생존권은 생명을 핵심으로 건강→생활→환경 등 순으로 외연 확대, 건강권은 생명보장과 동일 차원에서 파악되고 환경권·생활권 보다 우선적 효력을 가져야 함
284	유통서비스 산업	독일의 경우 소비자의 편의성이나 선택권 보다도 노동자들의 건강권과 휴식권을 우선 배려했다는 측면에서 시사하는 바가 큼
320	기사성 의료광고	국민의 건강권, 의료소비자의 보호, 의료인 간의 공정한 경쟁, 건전한 의료제도의 확립이라는 공익에 비추어 기사성 의료광고와 관련된 언론·출판의 자유 는 보다 폭넓은 제한이 가능
332	국가기관의 흡연권 제한과 한계	헌법재판소는 흡연권 에 대한 비흡연권의 우위 원칙을 인정하고 헌법 제37조제2항 및 제36조제3항(보건권) 등을 근거로 제한 가능

표 69. 건강권과 타 인권·권리 사이 충돌 관계의 논문 내 서술 사례

논문	논문 화제	건강권과 타 인권·권리 사이의 충돌 관계 서술 내용
010	호스피스, 완화의료	개인의 자연사할 권리 는 필연적으로 국가의 생명유지 의무나 건강하게 살 권리 보장 의무와 충돌하게 됨
016	배아연구	헌법의 기본권인 연구의 자유 와 환자의 건강권 보장문제와 연결해서 기본권의 상충과 보호가치에 대한 문제 해결 위해 (생명공학 분야의 입법을 함에 있어서) 과잉금지원칙, 과소금지원칙 등의 법원칙에 충실하면서도 시민사회의 공론이 법으로 충분히 유입될 수 있도록 의사소통 통로 열어두어야 함
103	FTA, 지적재산권	지적재산권 강화에 따라 개인 건강권과의 충돌, 프라이버시 침해, 문화적 권리 침해가 예상됨
132	생체 장기 기증자 기본권	타인의 건강권을 담보하는 이식장기의 제한, 매매 및 보상요구 등의 정황에 따른 기증자의 수증자 선정의 제한 등 기증자의 기본권 에 대한 제한이 이루어지기도 함
175	건강권	의료대란을 겪으면서 의사들의 의권(醫權) 이 현실적인 힘으로 제시되면서 의사 아닌 사람들의 주장으로 제기된 것이 치료받을 권리를 넘어서서 ‘건강권’이라는 용어임
179	지역사회 정신보건	정신질환자를 위한 정신보건의료 인프라와 사회복지제도가 미비한 우리나라에서 정신질환자의 건강권이 가족의 인권(건강권이나 행복권)과 많이 배치
307	의료인력 이동	최빈국·개도국으로부터 선진국으로의 의료인력 이동은 극도로 제한된 보건서비스 접근 환경을 조성하여 source 국가 국민의 보건권을 침해하지만 보건인력 개개인의 행복추구권과 이동의 자유 를 행사하는 것이어서 인권법상 보호되는 두 가지 권리가 충돌함
347	먹는 피임약 분류	의약품 재분류 기간에 폭발된 피임 전반에 관한 논의에서 여성의 건강권과 자기결정권 은 갈등의 주요한 두 축이었음

표 70. 건강권과 타 인권·권리 목록 사이의 조화가 필요한 관계의 요약

특정 집단의 건강권	특정 집단의 타 인권·권리 목록
국민 건강권	의사의 직업권, 의사의 의권
환자 건강권	의료인의 진료권, 의사의 인격권, 비의료인의 직업자유·행복추구권
채무자와 그 가족의 건강권	채권자 등의 소유권
보건인력 양성 국가의 국민 건강권	보건인력 개개인의 이동의 자유
장기수여자 건강권	장기기증자의 생명권 등 인권
비흡연자 건강권	흡연자의 인간의 존엄
임산부 건강권	의료인의 기본권

표 71. 건강권과 타 인권·권리 사이의 관계 유형별 최초 언급된 논문의 발행 연도와 저자 소속

최초 언급 연도	관계의 종류(빈도 순위)	논문의 저자 소속
1992년	<ul style="list-style-type: none"> 제3자의 동일 방향 영향 (1위) 타 인권이 건강권의 근거 (2위) 단순 연관 (3위) 	<ul style="list-style-type: none"> 간호, 법 간호 간호
1993년	<ul style="list-style-type: none"> 타 인권의 존중 표현 (12위) 건강권이 타 인권에 영향 (8위) 	<ul style="list-style-type: none"> 법 법
1994년	<ul style="list-style-type: none"> 건강권이 타 인권에 포함 (4위) 타 인권이 건강권에 영향 (5위) 조화 필요 (11위) 	<ul style="list-style-type: none"> 법 법 법
1996년	<ul style="list-style-type: none"> 이념적 일체 (14위) 	<ul style="list-style-type: none"> 보건
1997년	<ul style="list-style-type: none"> 타 인권이 건강권에 포함 (9위) 충돌 (7위) 	<ul style="list-style-type: none"> 법 법
1998년	<ul style="list-style-type: none"> 건강권 우선 (9위) 	<ul style="list-style-type: none"> 법
1999년	<ul style="list-style-type: none"> 타 인권의 전제조건 (6위) 	<ul style="list-style-type: none"> 법
2000년	<ul style="list-style-type: none"> 건강권이 타 인권의 근거 (13위) 	<ul style="list-style-type: none"> 법
2012년	<ul style="list-style-type: none"> 제3자의 반대 방향 영향 (15위) 	<ul style="list-style-type: none"> 법

표 72. 건강권과 타 인권·권리의 복수 관계를 언급한 건강권 논문의 현황

단위: 개 (%)

관계의 가짓수	해당 논문 수(A)와 386개 대비 비율	저자 소속별 논문 수와 (A) 대비 비율		
		법	보건	사회복지
0	159 (41.2%)	14 (8.8%)	36 (22.6%)	27 (17.0%)
1	107 (27.7%)	32 (29.9%)	17 (15.9%)	16 (15.0%)
2	53 (13.7%)	19 (35.8%)	6 (11.3%)	6 (11.3%)
3	34 (8.8%)	16 (47.1%)	3 (8.8%)	3 (8.8%)
4	17 (4.4%)	11 (64.7%)	2 (11.8%)	0 (0%)
5	11 (2.8%)	9 (81.8%)	0 (0%)	0 (0%)
6	4 (1.0%)	2 (50.0%)	0 (0%)	0 (0%)
7	1 (0.3%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
합계	386 (100%)	104 (26.9%)	64 (16.6%)	52 (13.5%)

표 73. 개별 논문에서 나타난 건강권과 타 인권·권리 사이 복수의 관계 내용

문헌 정보	건강권과 타 인권·권리 사이의 복수의 관계 내용
<p>문헌 022</p> <ul style="list-style-type: none"> 발행: 2010년 저자 소속: 법 화제: 학생 인격권 	<p>① 건강권은 타인권의 전제조건: 인간 존엄</p> <p>② 타인권은 건강권의 근거: 인격권</p> <p>③ 단순연관: 환경권, 학습권</p> <p>④ 타인권→건강권 영향: 안전권, 검역주권</p> <p>⑤ 제3자에 의한 동일방향의 영향: 안전권</p> <p>⑥ 건강권↔타인권 포함: 학생 권리, 생명권, 신체권, 신체의 비밀과 자유</p> <p>⑦ 타인권↔건강권 포함: 휴식권</p>
<p>문헌 263</p> <ul style="list-style-type: none"> 발행: 2010년 저자 소속: 법 화제: 노동자의 건강권 	<p>① 건강권은 타인권의 존증표현: 인간 존엄, 행복추구권</p> <p>② 건강권은 타인권의 전제조건: 노동권</p> <p>③ 단순연관: 노동권</p> <p>④ 타인권→건강권 영향: 참여권</p> <p>⑤ 건강권→타인권 영향: 인간 존엄, 행복추구권</p> <p>⑥ 타인권 보다 건강권 우선: 환경권, 생활권</p>
<p>문헌 373_03</p> <ul style="list-style-type: none"> 발행: 2014년 저자 소속: 법 화제: 전자산업 노동자의 직업병 	<p>① 건강권은 타인권의 전제조건: 생명권</p> <p>② 타인권은 건강권의 근거: 인간 존엄, 인간다운 생활권</p> <p>③ 단순연관: 생명권, 환경권</p> <p>④ 타인권→건강권 영향: 알권리, 환경권</p> <p>⑤ 타인권 보다 건강권 우선: 사적 자치, 계약 자유, 직업수행의 자유, 재산권, 영업의 자유</p> <p>⑥ 타인권과 조화 필요: 의료인의 기본권</p>
<p>문헌 218</p> <ul style="list-style-type: none"> 발행: 2006년 저자 소속: 사회 화제: 이주노동자 건강권 	<p>① 건강권은 타인권의 전제조건: 인간 존엄</p> <p>② 타인권은 건강권의 근거: 적절한 생활수준, 사회보장권</p> <p>③ 단순연관: 식량권, 주거권, 노동권, 교육권, 생명권, 차별금지, 평등권, 고문금지, 사생활의 비밀과 자유, 참여권, 정보접근권, 자유, 집회·결사·이동의 자유</p> <p>④ 타인권→건강권 영향: 정보권</p> <p>⑤ 건강권↔타인권 포함: 적절한 생활수준, 사회보장권, 비합법적 특정국가 체류 개인의 인권</p> <p>⑥ 건강권과 타인권의 충돌: 지적재산권</p>
<p>문헌 350</p> <ul style="list-style-type: none"> 발행: 2013년 저자 소속: 행정 화제: 국내 거주 외국인의 의료권 	<p>① 건강권은 타인권의 전제조건: 다른 인권</p> <p>② 타인권은 건강권의 근거: 환경권, 인간다운 생활권, 차별금지, 적절한 생활수준, 사회보장권</p> <p>③ 단순연관: 생명권, 식량권, 주거권, 노동권, 교육권, 인간 존엄, 비차별권, 평등권, 고문금지, 사생활의 비밀과 자유, 정보접근권, 집회·결사·이동의 자유</p> <p>④ 건강권→타인권 영향: 인간 존엄</p> <p>⑤ 제3자에 의한 동일방향의 영향: 생명권</p> <p>⑥ 타인권↔건강권 포함: 의료이용자 권리</p>

표 74. 개별 타 인권·권리가 건강권과 맺은 관계의 종류

관계 종류	타 인권·권리 목록
12가지	행복추구권
11가지	인간의 존엄, 생명권
10가지	환경권
9가지	자유
8가지	인간다운 생활권, 신체의 자유와 안전, 평등권
7가지	노동권, 이동의 자유, 인격권
6가지	자기결정권, 환자 권리
5가지	차별금지, 생존권, 사생활의 비밀과 자유, 소유권, 직업의 자유, 알권리, 선택권, 재생산권(생식권)
4가지	교육권, 사회보장권, 식량권, 주거권, 정보권, 안전권, 참여권, 의료인·의사의 진료권, 생활권
3가지	국민 권리, 적절한 생활수준, 고문금지, 여성 권리, 집회·결사의 자유, 모성권, 수용자 권리, 아동 권리, 이주노동자 권리, 과학권, 거주자의 자유, 복지권, 의료인·의사의 직업권, 휴식과 여가의 권리, 의사의 의권
2가지	지적 소유권, 영업권, 특허권, 검역주권, 소비자 권리, 체육권, 노숙인 권리, 문화생활 참여·향유권, 의료선택권, 결혼과 가정의 권리, 발전권, 의사·표현의 자유, 학습권

표 75. 직업의 자유가 건강권과 맺은 부정적 관계의 예시

관계의 종류	직업의 자유와 건강권 사이 관계의 내용
건강권 우선	우리나라 판례에서 건강권 및 의료접근권으로부터 파생되는 사회보험수급권과 관련해 사회국가 원리를 지지, (중략) 판례는 의료기관의 강제지정제의 직업의 자유 및 평등권 침해사실을 부인하지 않았으나 사회국가 원리를 토대로 한 건강보험의 사회적 기능과 사회연관성을 고려해 위헌판정하지 않았음(문헌 369)
충돌	유전자변형식품에 대한 포괄적 표시제의 시행은 헌법상 기본권(생명권, 건강권, 정보의 자유, 자기결정권, 신체의 자유의 기본권 및 소비자 기본권) 보호를 위해 필요하지만 기업인의 직업의 자유 에 따른 한계가 존재(문헌 300)
조화 필요	법령 개정을 통해 비의료인 행위의 유효성과 유용성, 직업선택의 자유 , 행복추구권이 인정되는 동시에 환자의 건강권, 생명권, 행복추구권이 실현되기를 기대(문헌 149)

Abstract

The Conception of the Right to Health in Korean Context

Jeong-in Sohn

Health Care Management and Policy

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

The right to health contributes to health by pursuing health values through human rights' form. Nevertheless, there is little interest and discussion on the right to health in the Korean society. The aim of this study is to derive a plan to promote interests and discussions on the right to health by analyzing the conception of existing the right to health in Korean context.

The content analysis method was adopted to analyze the conception of the right to health in Korean context. The 386 Korean scholarly papers on the right to health from 1990 to 2014 and the 40 documents produced by citizens in deliberation process at '2013 Seoul Citizen Conference on the right to health' were analysed.

As a result, the conception of the right to health in Korean context was mainly composed of claims on health care, and took the isolated approach to individual rights rather than the wholistic approach in terms of human rights framework. In addition, it didn't reflect well the international conception of the right to health, and the core essence of the right to health approach, namely human dignity, power rebalance, duty and accountability mechanism. Though, it is positive that the conception of the right to health tends to advance in terms of frequency and contents as the number of academic papers increased

and as the deliberation process of citizens progressed. The various conceptions introduced in the appendix are superficial or partly controversial, but they can be used as a reference that enriches the conception of the right to health in the future.

Through the above analysis, the conception of existing the right to health in the Korean context was generally narrow, simple, superficial and showed a low interest in the realization process. This is based on the Korean situation in which the right to health communications are little and there is no common ground for terminology and concepts for the communications.

The research limitations include the diversity of naming of the right to health, the lack of in-depth domestic research, and the lack of perspective of non-citizen stakeholders in terms of data. In terms of the analysis process, there were difficulties due to the complexity of the analysis framework. In terms of the analysis method, there was no external review process other than preliminary investigation of some data. Except for the problems that can not be solved, the quality of the analysis is assured by the understanding of the analysis process through examination of the methodological literature and the analysis strategy presented in the literature.

Based on the results of the research, suggestions for promoting interests and discussions of the right to health in Korean context are as follows. In order to overcome the narrow conception of the right to health, it is necessary to actively accept the contents of UN General Comment No. 14, emphasize the core essence of the right to health approach and reflect the opinions of citizens on the conception of the right to health. In order to overcome the simple conception of the right to health, it is necessary to pay attention to the components of the right to health and the relations between the right to health and

other human rights, which is the basic structure of the conception of the right to health, and refer to the Rumbold classification framework and Nickel's classification standard when claiming detailed items of the right to health. At this time, it is necessary to refer to the various and specific conceptions of the right to health introduced in the Appendix. In order to overcome the superficial conception of the right to health, it is necessary to go beyond simple comments, claims and declarations to in-depth discussions. In order to overcome the low interest in the realization process of the right to health, it needs to raise interest in the realization principles, the acceptability of AAAQ, and health indicators and benchmarks.

keywords: Right to Health, Conception, Human Rights, Rights, Relations, Korean Context

Student Number: 2008-31058